FAX：0942-31-7715　又は　MAIL：hirameki@kurume-u.ac.jp

久留米大学医学部看護学科　立石　麻梨子　行

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **平成30年度ひらめき☆ときめきサイエンス参加申し込み用紙** | | | | | |
| 大学名 | 久留米大学医学部看護学科 | | | 開催日 | ８月5日（日） |
| テーマ | 感染症の脅威から身を守ろう | | | | |
| 参加希望者 | 氏名（ふりがな） | | | | 生年月日  **年　　月　　日** |
| 学校名 | | 学年  **年** | | 性別  **男　　・　女** |
| 自宅住所　　**〒** | | | | |
| 自宅電話番号 | | 保護者同意の有無　　**有　　・　　無** | | |
| 保護者付き添いの有無  **有　　・　　無** | \*保護者付き添いがある方のみ  保護者用のお弁当(500円)　 　 **必要　・　不要** | | | |
| 参加希望者 | 氏名（ふりがな） | | | | 生年月日  **年　　月　　日** |
| 学校名 | | 学年  **年** | | 性別  **男　　・　女** |
| 自宅住所　　〒 | | | | |
| 自宅電話番号 | | 保護者同意の有無　　**有　　・　　無** | | |
| 保護者付き添いの有無  **有　　・　　無** | \*保護者付き添いがある方のみ  保護者用のお弁当(500円)　 　 **必要　・　不要** | | | |
| 参加希望者 | 氏名（ふりがな） | | | | 生年月日  **年　　月　　日** |
| 学校名 | | 学年  **年** | | 性別  **男　　・　女** |
| 自宅住所　　〒 | | | | |
| 自宅電話番号 | | 保護者同意の有無　　**有　　・　　無** | | |
| 保護者付き添いの有無  **有　　・　　無** | \*保護者付き添いがある方のみ  保護者用のお弁当(500円)　 　 **必要　・　不要** | | | |

○個人情報は適正に管理し、ひらめき☆ときめきサイエンスの運営にのみに使用いたします。

○申し込みが多数の場合は、参加いただけない場合もあります。

○参加者には、詳細の案内を7月30日（月）までに葉書にてご連絡いたします。

○引率や見学をご希望される先生は、下記にご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| ご氏名： | 電話番号： |
| 学校名： | 担当教科： |
| 参加時間帯：  　終日　・ 一部 （　　時　～　　時） | お弁当（５００円）申し込み：  必要　・　不要 |