

申込日：_____年_____月_____日

自治医大 OSCE 模擬患者（SP）申込書

お名前 _____

ふりがな _____

年 齢 _____ 歳

性 別 男 ・ 女 _____

お電話 _____

連絡可能時間帯（9：00～17：00） _____

E-mail（PC） _____

または
携帯 mail _____

申込〆切：平成 30 年 3 月 30 日（金）

申込方法：メール、または FAX でお申し込みください。

メールでお申込みの方は、お手数ですが、上記内容をメールの本文に記載してください。

メール
jmu_sp@jichi.ac.jp

または

FAX（送信表は不要です）
0285-44-3625

※いただいた個人情報は適切に管理し、SP 会以外の目的では使用いたしません。

※お申し込みをいただいた方には 1 週間以内にこちらからメール又はお電話にて連絡をさせていただきます。

《問合せ先》

自治医科大学 学事課教務係 担当：清水

TEL：0285-58-7046（直通） FAX：0285-44-3625 E-mail：jmu_sp@jichi.ac.jp