2018年度マギル大学集中医療英語研修参加申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | (姓) | （名） |
| ローマ字氏名※パスポート記載のもの | (姓) | （名） |
| 所属 | （大学または病院名） | （学部・研究科または部署名） |
| （学生のみ）学年 |
| 現住所 | 〒 | 国籍 |  |
| 連絡先電話番号 | (自宅)(携帯電話) | 連絡先Eメールアドレス | (PC)(携帯) |
| 本人以外の緊急連絡先 | （氏名）（続柄） | （住所）（電話） |
| ご所属先で当研修について把握されている先生または職員の連絡先 | （住所）（電話）（Eメールアドレス） |
| 特記事項（健康状態、アレルギー等） |  |

提 出 物　①参加申込書（この用紙）

　　　 　②誓約書

　　　　 ③パスポートのコピー（顔写真のページ）

持っていない方は特記事項欄に「これから申請」と記入の上、①と②のみ提出ください。申込書には、必ずパスポート申請書と同じ表記のローマ字氏名を記入ください。パスポート発行申請を速やかに行い、発行完了次第、提出願います（提出期限：2019年1月10日）。

提出方法　窓口持参、郵送またはEメール添付ファイルのいずれかの方法で提出ください。

郵送先：104-0044東京都中央区明石町10－1　聖路加国際大学国際連携センター

Eメール：international@slcn.ac.jp

※書類提出のほか、参加申込金の納入が必要です

　　　　　※Eメール提出の場合、誓約書は自筆・捺印したものをスキャンし添付ファイルで提出してください。また、原本をオリエンテーションの際に提出願います。

（国際連携センター記入欄）受付日時　2018年　　　月　　　　日　　　時　　　分