2017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） |
| 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：2017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部

　　　　　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。

（国際部記入欄）受付日時　2017年　　　　月　　　　　日　　　　　時　　　　分