

以下のいずれかの方法でご連絡ください：

- 1) 本紙に必要事項のご記入の上、FAX 番号：075-595-4777 までFAX にてご送付下さい。
- 2) 電話連絡をご希望の場合には、075-595-4671 まで。
- 3) メールでのご連絡の場合には、sp-moji@mb.kyoto-phu.ac.jp まで。

京都薬科大学臨床薬学教育研究センター「模擬患者の会」担当 あて

京都薬科大学における「模擬患者の会」説明会に参加します。

お名前： _____

受付日（センターで記入）： / /

| | |
|-----------|---|
| ご住所 | (〒 -) |
| 電話番号 | (ご自宅、携帯電話どちらでも構いません。日中に連絡がとれる番号をお願いします) |
| FAX 番号 | |
| 電子メールアドレス | |
| | ご希望の連絡方法に○印 → (電話、FAX、電子メール) |
| ご質問、ご要望など | |

- * 説明会の日程等は、後日案内させていただきます。
- * 本用紙に記載された情報は、京都薬科大学模擬患者の会に関連した業務にのみに使用します。
- ・ 本申し込みは「説明会」への参加のためのもので、模擬患者となっていただくことを確約願うものではありません。