

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](mailto: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。