**第34回 医学教育指導者フォーラム 対面・Zoomウェビナー参加申込書**

令和5年6月　　日

標記のことについて、下記のとおり回答いたします。

公益財団法人医学教育振興財団　御中

**【大学名】**

記

**＜対面参加者＞**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参加者氏名 |  | ふりがな |  |
| 職名 |  | | |
| メールアドレス |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参加者氏名 |  | ふりがな |  |
| 職名 |  | | |
| メールアドレス |  | | |

**＜Zoomウェビナー参加者＞**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参加者氏名 |  | ふりがな |  |
| 職名 |  | | |
| メールアドレス |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参加者氏名 |  | ふりがな |  |
| 職名 |  | | |
| メールアドレス |  | | |

※　1）各参加者につき3名以上の場合は、本様式を複写してご使用ください。

2）本ウェビナーは1デバイスにつき、1メールアドレスの登録が必要です。1つの視聴用URLに対して、複数デバイスでの視聴はできません。

3）６月２6日（月）までにWordファイルにて、参加申込書をお送りください。

4）ウェビナー参加の場合、事前登録用URLを7月3日～5日に参加者のメールアドレスにお送りします。

5）参加詳細については、別紙の参加要領をご一読ください。

＜本件の事務担当部署＞

|  |  |
| --- | --- |
| 部署名 |  |
| メールアドレス（課・係等共通） |  |
| 電話番号 |  |
| 担当者名・担当者メールアドレス |  |