**医療政策アカデミー「医療政策入門」講座 第4期お申込みフォーム**

医療政策入門コースのお申し込みにあたりまして、下記にご回答ください。

いただいた個人情報につきましては、公表したり第三者に提供したりすることはいたしません。

1．お名前をご記入ください（例:医療　太郎）**\*必須**

|  |
| --- |
|  |

2．お名前のふりがなをご記入ください（例:いりょう　たろう）**\*必須**

|  |
| --- |
|  |

3．年齢をご記入ください **\*必須**

|  |
| --- |
|  |

4．生年月日をご記入ください（西暦でご記入ください　例:1973年1月2日）**\*必須**

|  |
| --- |
|  |

5．性別を選択してください **\*必須**

男　　　　　　　女

6．資料送付先住所をご記入ください （郵便番号も併せてご記入ください）**\*必須**

|  |
| --- |
|  |

7. 資料送付先住所は次のうちのどちらでしょうか **\*必須**

自宅　　　　　　　　　勤務先　　　　　　　　　　その他: （　　　　　　　）

8．日中に連絡のつくお電話番号をご記入ください **\*必須**

|  |
| --- |
|  |

9．ＦＡＸ番号をご記入ください（任意）

|  |
| --- |
|  |

10．メールアドレスをご記入ください（パソコンのメールアドレスをご記入ください）**\*必須**

|  |
| --- |
|  |

11．念のためもう一度メールアドレスをご記入ください **\*必須**

|  |
| --- |
|  |

12.最終学歴（学位など）をご記入ください **\*必須**

|  |
| --- |
|  |

13．あなたのお立場に近いものを選択してください **\*必須**

医療提供者

行政機関関係者

メディア関係者

立法機関関係者

学術関係者

企業関係者

患者／市民団体関係者

その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

14．ご所属・勤務先をご記入ください **\*必須**

|  |
| --- |
|  |

15．所属部署名をご記入ください **\*必須**

|  |
| --- |
|  |

16．役職をご記入ください **\*必須**

|  |
| --- |
|  |

17．社会人としての実務経験年数をご記入ください **\*必須**

|  |
| --- |
|  |

18．所有資格をご記入ください（任意、本コースに活かせると思われる資格・国家資格など）

|  |
| --- |
|  |

19．医療政策に関する現在およびこれまでの業務もしくは専攻内容をご記入ください

（任意、業務/専攻の概要・期間など）

|  |
| --- |
|  |

20．本プログラムに応募された理由をご記入ください（任意、日本語最大400文字）

|  |
| --- |
|  |

21．受講料のお支払後、領収書が必要か選択してください **\*必須**

必要

不要

22．領収書をご入用の場合はお宛名をご記入ください

|  |
| --- |
|  |

23．本講座をどのようにして（どこで）知りましたか。（機構のメルマガ、Facebook、勤務先で、等。）**\*必須**

|  |
| --- |
|  |

24．その他本講座に期待することや、ご意見などございましたら、ご記入ください（任意）

|  |
| --- |
|  |

ありがとうございました。選考結果および講座のお手続き等、詳細については、9月26日（月）頃に当機構事務局よりご連絡させていただきます。