

平成 30 年 ハーバード特別講義 1 日体験コース
受 講 申 請 書

申 請 者		申請日		平成	年	月	日
ふりがな						申込みNo.	
氏 名						*	
ローマ字表記						性 別	
生年月日	(西暦 年) 昭和・平成 年 月 日					男 ・ 女	
現 住 所	〒 —						
電話番号			携帯番号				
e-mail							
最終学歴	卒業・修了 / 在学中						
勤 務 先	(所属部署・身分：)						
英語資格 (取得者のみ)	TOEFL	点		TOEIC	点		
	IELTS	点		英検	級		

希望する科目の希望日に第1希望、第2希望を記入してください。

科 目 名	受講希望日			
	1day	2day	3day	4day
Biostatistics				
Epidemiology				
Health Policy Management				
Occupational and Environmental Health				
Behavioral Science / Social Epidemiology				

備考

1. お申込みの際、本人確認ができるもの（運転免許証、保険証、写真付の社員証等）をご提出ください。
2. 本人の都合により受講を取りやめる場合、払い込まれた受講料は返還できませんので、あらかじめご了承ください。
3. 記載事項に変更が生じた場合には、必ず大学までご連絡ください。
4. *欄は大学で記入します。