

東京医療保健大学医療保健学部
医療情報学科 出張講義 申込書

貴校名	
ご担当 先生名	
電話番号	

ご希望の 日時	第一希望：
	第二希望：
ご希望の 講義内容	
参加人数	
学年	
ご要望等	

この用紙をFAXでお送りいただくか、必要事項をe-mailにてご連絡ください。

FAX03-5431-1481 e-mail : info@thcu.ac.jp

問い合わせ先：入試広報部03-5779-5071