署名日：西暦　　　　年　　月　　日

カダバー・サージカル・トレーニング（CST）申込書

研修等の名称：

役割：　　　　　　　　　　　　　 　私は、本申込書の提出をもって上記CSTの申し込みをいたします。

実施期間：西暦　　　　年　　月　　日～　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな | 　　 | 男　・女 |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 生年月日 | 西暦　　　　　年　　月　　日生　（　　　歳） |
| ふりがな |  |
| 所属先住所 | 〒（所属先名：〇〇医院）（職位・役職：院長、勤務医等） |
| メール |  |
| 電話 |  |
| 年　　月 | 学歴（大学、専門学校卒からで可） |
|  |  |
|  |  |
| 年　　月 | 免許・資格 |
|  |  |
|  |  |

＜キャンセルポリシー＞３日前のキャンセルの場合：金額から50%、当日・無断キャンセルの場合：金額から100%とします。

* 振込いただいた時点で、キャンセルポリシーにご承諾いただいた事になります。
* 決済確認がされた方から参加確定となります。お申し込みされていても決済が確認されない場合は無効となります。
* キャンセル料は申込者様個人の如何なる理由であっても発生いたします。
* キャンセル時の振込手数料はご返金分より差し引いてお手続きとなります。
* 暴動、動乱、戦争、テロリズム、天災、地震、洪水、火災、疫病、又は当事者の合理的支配を超えた偶発的事象によるもので開催が中止となった場合、上記キャンセルポリシーに基づいたキャンセル料を差し引いてご返金いたします。
* 天災や交通機関による事情、講師の事情による実習の中止の場合は、キャンセル料は発生しません。
* コロナウイルス感染拡大防止のため、受講当日の朝に、各自で検温をお願いいたします。検温の結果、37℃を超える場合はご連絡ください。この場合、キャンセル料は発生しません。