見 学 申 込 書

来 館 日 時	年　　月　　日　　時　　分
お 名 前	（　　歳）
ご 住 所	TEL
勤務先または 学校名	☐ 医療関係 ☐ 一般

一緒に来館される方（代表者を除く）

お 名 前	連絡先(TEL)	どちらかに○をつけてください	年齢
		☐ 医療関係　☐ 一般	
		☐ 医療関係　☐ 一般	
		☐ 医療関係　☐ 一般	
		☐ 医療関係　☐ 一般	

・ご記入いただいた情報は必要に応じて保健所等の行政機関による調査に使用する場合がございます。
・お預かりした個人情報は当館において厳重に管理し、上記以外の目的には使用いたしません。

写真・ビデオ等の撮影をご希望の方は、必要事項をご記入ください。

目　的	
備　考	ご希望の項目にチェックをお願いします。 ☐ 写真　　撮影内容 ☐ ビデオ

・標本の撮影は禁止です。
・目的以外の使用は、お断りいたします。

川崎医科大学　現代医学教育博物館