

“キッズブレイン” 早期医療職体験学習 “ドクタードリーム” セミナー&ハンズオン受け方と申込み方法

Prof. Shizuo Oi, M.D., Ph.D. Kids' Brain “Dr. DREAM” Early Exposure Seminar & Hands-on



“Dr. DREAM” セミナー&ハンズオンお知らせ請求 & 申込み方法

【個人用/団体用】

郵送のみ受付 ☎162-0825 東京都新宿区神楽坂5-20-5-2310

一般社団法人 脳・神経科学研究所 “Dr. DREAM” セミナー 宛



◎整理番号【事務局用No. _____】

“Dr. DREAM” セミナー&ハンズオン のお知らせ(開催場所・日時・プログラムその他詳細)を、以下に郵送、e-mail添付にて希望します。

教育機関名もしくは保護者の方のお名前: _____

ご担当者(教育機関の場合): _____

ご連絡住所: ☎ _____

電話番号: _____ Fax: _____ e-mail: _____ @ _____

“Dr. DREAM” セミナー&ハンズオンを受けるお子様(複数の時は平均年齢・性別のみ)
性別 M(男児) _____ 人 F(女児) _____ 人 年齢 _____ y(歳)

(* スクールなどの団体様には、正確な人数をお願いします。お申し込みには、全員の記入用紙をお送りいたします)

* お申込み書を頂き次第、お申込み登録書とご案内をお送りいたします。