

提出日：平成 30 年 月 日

## 平成 30 年度 SUMS EDGE-NEXT / iKODE 受講登録届

私は、以下の個人情報の取り扱いを含め、本プログラムの趣旨、内容、注意事項を理解した上で、受講登録をいたします。

氏名：	
所属： (社名／機関名・学科／部門／ 部署名等)	
学年・役職名等：	
登録したいプログラム (両方の場合は 2 つにチェック してください)。	<input type="checkbox"/> SUMS EDGE-NEXT プログラム <input type="checkbox"/> iKODE プログラム
生年月日：	年 月 日 ( 歳)
電話番号： (確実に連絡が取れる電話番号)	
E-mail アドレス： (確実に連絡が取れるアドレス)	@

### ★個人情報の取り扱い★

ご提供いただいた個人情報は、本プログラム登録および本人との連絡、並びに早稲田大学を主幹校とする EDGE-NEXT コンソーシアム参加校が開催するプログラムの案内や登録以外では使用しません。また、報告書等で受講生の属性等を統計的に解析することはありますが、ご本人の了解なしに個人名等を公表することはありません。

お問い合わせ・提出先：

滋賀医科大学 研究戦略推進室 産学連携部門 松浦昌宏

電話: 077-548-2936 E-mail : m18matsu@belle.shiga-med.ac.jp