慢性痛管理学コース受講（教材閲覧）申込書

申込日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属 |  | | 学年 | 年 |
| 学籍番号 |  | | | （※６桁） |
| フリガナ |  | | | |
| 氏名 |  | | | |
| 電話番号 |  | | | |
| メールアドレス | ※大学記入欄  大学付与（必須） |  | | |
| 登録用（注） |  | | |

（注）大学付与のメールアドレスのアカウント（※＠マークより前の部分。）を、本コースのユーザーIDとして使用します。日常的に使用するメールアドレスが別にある場合は、そのメールアドレスを登録することもできます。本コースに関する連絡は、登録用のメールアドレスに配信します。

【その他注意事項】

※本申込書を提出した後、受講登録の完了までに時間を要する場合があります。

※受講登録が完了した後、登録用のメールアドレスに会員登録用のURLが記載されたメールが配信されますので、そのURLにアクセスのうえ会員登録を行ってください。

※URLが記載されたメールは、システム設定の関係から５通配信されますが、その内容はすべて同じものですので、URLからの会員登録は１回のみで結構です。

※会員登録に際するパスワードの設定については、次の点に留意してください。

１）８文字以上

２）英小文字・英大文字・数字を必ず含める

３）できる限り記号も含める（※使用できる記号　=+-[]!$():./\*）

４）辞書に掲載されている単語、氏名、誕生日、ニックネーム等は、使用しないこと

５）大学付与のメールアドレス等の他のアカウントに設定のパスワードとは、異なるものにすること

【問い合わせ連絡先】

滋賀医科大学　学生課学生企画係

〒520-2192　滋賀県大津市瀬田月輪町

TEL：077-548-3597　　E-mail：hqgkikak@belle.shiga-med.ac.jp