



受講する目的、期待すること、現時点で希望するアドバンスⅡのコース名をご記入ください。記入は必須ではありません。

年	月	※ 免許・資格
		過去にベーシックを受講された方は記入不要ですが、更新情報があればご記入下さい。
その他特記事項		

記入注意 ※は必須項目です。

事務局記入欄（志望者は記入しないこと）

受理日 年 月 日

【資料送付先、お問い合わせ先】

- 郵送先：〒001-0021  
札幌市北区北 21 条西 11 丁目  
北海道大学 北キャンパス総合研究棟 3 号館 3F  
公益財団法人 北海道科学技術総合振興センター  
地域イノベーション戦略推進室  
ヘルスイノベーションカレッジ事務局 宛
- E-mail：innovation@noastec.jp ●FAX：011-757-2289

郵送または E-mail 等でお申込みください。

\*本申込書に記載された個人情報については、ヘルスイノベーションカレッジの目的以外には使用いたしません。

\*書類選考の上、受講決定された方には、受講決定通知書をお送りいたします。