メール返信用：***～　件名に「草津セミナー希望」と明記してください　～***

**参　加　申　込　書**

平成２９年　　月　　日

私は，「地域医療体験セミナーin草津」に参加希望しますので、下記のとおり申し込みます。

＊ 申込者多数の場合は調整させていただきますので、あらかじめご了承ください。

■氏名（フリガナ）：　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　）

■性別：□男性　・　□女性　　　■学年：　　年生　　■入学枠：□地域医療枠　・　□一般枠

■学籍番号：　　　　　　　　　　■出身地：　　　　　　都・道・府・県

■出身高校：　　　　　　　　　　■白衣のサイズ：□S　　　□M　　　□L　　　□LL

■連絡先

　電話番号（携帯）：

＊セミナー前日や当日の緊急連絡時に使用します。

P Cアドレス：

＊スケジュール，地図，アンケート様式(Ｅｘｃｅｌ)，感想文様式(Ｗｏｒｄ) 等を送付する際に使用します。

　住所：〒（　　　　－　　　　　）

＊旅費の書類作成の際に使用します。

■セミナーで提供される食事以外，食物アレルギー等の理由で，ご自身でお弁当を持ち込む必要がありますか：□有・□無

■当日の交通手段：当日は，群馬大学に集合し，借上げバスにご乗車ください。

■学生教育研究災害障害保険・医学生教育研究賠償責任保険：□加入済　・　□未加入

■旅費の振込口座番号等の登録について:□登録済（変更なし）　□登録済（変更あり）　□未登録

＊ セミナー終了後に**本人名義**の口座に旅費（交通費）を振り込みますので，**事前に登録（変更）が必要となります**。

■セミナー体験写真の希望の有無：□有　・　□無

＊無料で焼き増ししお渡しすることが可能ですので，後日，センターに取りに来てください。データのお渡しはしていません。

■質問等があればお書きください。

＊ セミナー体験終了後、感想文(レポート)の提出をお願いしますのでご協力下さい。

＊ 個人情報は，国立大学法人群馬大学個人情報保護規則等に基づき，適正に管理します。

＊ セミナーでは，体験写真の撮影を行い，当センターの報告書及びホームページに掲載・使用します。不都合がある場合は，お申し出下さい。なお，氏名等個人が特定できる情報は削除して掲載します。

|  |
| --- |
| 【申込書提出先】群馬大学医学部附属病院内 群馬県地域医療支援センター　宛 E-mail：chiiki.med@gmcc.jp/FAX:027-220-8781/TEL：027-220-7938 |

ＦＡＸ送信用：***～　送付票は不要です　～***

**参　加　申　込　書**

平成２９年　　月　　日

私は，「地域医療体験セミナーin草津」に参加希望しますので、下記のとおり申し込みます。

＊ 申込者多数の場合は調整させていただきますので、あらかじめご了承ください。

■氏名（フリガナ）：　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　）

■性別：□男性　・　□女性　　　■学年：　　年生　　■入学枠：□地域医療枠　・　□一般枠

■学籍番号：　　　　　　　　　　■出身地：　　　　　　都・道・府・県

■出身高校：　　　　　　　　　　■白衣のサイズ：□S　　　□M　　　□L　　　□LL

■連絡先

　電話番号（携帯）：

＊セミナー前日や当日の緊急連絡時に使用します。

P Cアドレス：

＊スケジュール，地図，アンケート様式(Ｅｘｃｅｌ)，感想文様式(Ｗｏｒｄ) 等を送付する際に使用します。

　住所：〒（　　　　－　　　　　）

＊旅費の書類作成の際に使用します。

■セミナーで提供される食事以外，食物アレルギー等の理由で，ご自身でお弁当を持ち込む必要がありますか：□有・□無

■当日の交通手段：当日は，群馬大学に集合し，借上げバスにご乗車ください。

■学生教育研究災害障害保険・医学生教育研究賠償責任保険：□加入済　・　□未加入

■旅費の振込口座番号等の登録について:□登録済（変更なし）　□登録済（変更あり）　□未登録

＊ セミナー終了後に**本人名義**の口座に旅費（交通費）を振り込みますので，**事前に登録（変更）が必要となります**。

■セミナー体験写真の希望の有無：□有　・　□無

＊無料で焼き増ししお渡しすることが可能ですので，後日，センターに取りに来てください。データのお渡しはしていません。

■質問等があればお書きください。

＊ セミナー体験終了後、感想文(レポート)の提出をお願いしますのでご協力下さい。

＊ 個人情報は，国立大学法人群馬大学個人情報保護規則等に基づき，適正に管理します。

＊ セミナーでは，体験写真の撮影を行い，当センターの報告書及びホームページに掲載・使用します。不都合がある場合は，お申し出下さい。なお，氏名等個人が特定できる情報は削除して掲載します。

|  |
| --- |
| 【申込書提出先】群馬大学医学部附属病院内 群馬県地域医療支援センター　宛 E-mail：chiiki.med@gmcc.jp/FAX:027-220-8781/TEL：027-220-7938 |