メール返信用：***～　件名に「バスツアー希望」と明記してください　～***

**参　加　申　込　書**

　平成２９年　　月　　日

　私は，「群馬県臨床研修病院等見学バスツアー」に参加を希望しますので，下記のとおり申し込みます。

■参加希望コース名

|  |  |
| --- | --- |
| コ ー ス 名 | 希望日程 |
|  | 月 　 日 |
|  | 月　　日 |
|  | 月　　日 |

＊ 別紙のポスターをご覧のうえ，希望のコース（コース名・日程）をご記入ください。（複数参加可能）

＊ 申込者多数の時は，日程を調整させていただく場合があります。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）：

P Cアドレス：

住所：〒（　　　　－　　　　　）

＊ 連絡先はセミナーの連絡や，今後，当センターからのお知らせをお送りする際に使用します。

■セミナーで提供される食事以外に、ご自身でお弁当を持参する必要がありますか。：　□はい

＊ 食物アレルギー等で必要な場合のみチェックしてください。

■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

■セミナー体験写真焼き増し希望の有無：□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。なお，データで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。

＊ いただいた情報は、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ください。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ので，ご承知おきください。

|  |
| --- |
| 【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TEL : 027-220-7938／FAX : 027-220-8781E-mail：chiiki.med@gmcc.jp |

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，「群馬県臨床研修病院等見学バスツアー」に参加を希望しますので，下記のとおり申し込みます。

■参加希望コース名

|  |  |
| --- | --- |
| コ ー ス 名 | 希望日程 |
|  | 月 　 日 |
|  | 月　　日 |
|  | 月　　日 |

＊ 別紙のポスターをご覧のうえ，希望のコース（コース名・日程）をご記入ください。（複数参加可能）

＊ 申込者多数の時は，日程を調整させていただく場合があります。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）：

P Cアドレス：

　　　　　住所：〒（　　　　－　　　　　）

＊ 連絡先はセミナーの連絡や，今後，当センターからのお知らせをお送りする際に使用します。

■セミナーで提供される食事以外に、ご自身でお弁当を持参する必要がありますか。：　□はい

＊ 食物アレルギー等で必要な場合のみチェックしてください。

■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

■セミナー体験写真焼き増し希望の有無：□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。なお，データで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。

＊ いただいた情報は、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ください。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ので，ご承知おきください。

|  |
| --- |
| 【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TEL : 027-220-7938／FAX : 027-220-8781E-mail：chiiki.med@gmcc.jp |