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　　■大学名：　　　　　　　　　大学　　■学年：　　　　年生

■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。

■セミナー体験写真焼き増し希望の有無：□有　・　□無

＊ セミナー体験写真を焼き増ししてほしい方は，無料で焼き増しし，お渡しすることが可能です。

■群馬県地域医療支援センター活動報告書希望の有無：□有　・　□無

＊ ご希望の方は，無料でお渡しすることが可能です。

■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 : 027-220-8781  E-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，「医学生向け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　　■大学名：　　　　　　　　　大学　　■学年：　　　　年生

■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。

■セミナー体験写真焼き増し希望の有無：□有　・　□無

＊ セミナー体験写真を焼き増ししてほしい方は，無料で焼き増しし，お渡しすることが可能です。

■群馬県地域医療支援センター活動報告書希望の有無：□有　・　□無

＊ ご希望の方は，無料でお渡しすることが可能です。

■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 : 027-220-8781  E-mail：chiiki.med@gmcc.jp |