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

**参　加　申　込　書**

令和元年　　月　　日

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

|  |  |
| --- | --- |
| コース名 | 開催日 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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

＊ 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）：　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　）

　同時申込者氏名（フリガナ）：　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　）

■学年：　　　　■学籍番号：　　　　　　　　　　■出身都・道・府・県：

■出身高校(任意)：

■連絡先：電話番号（携帯）： 　　　　　　　　　　　P Cアドレス：

＊セミナー前日や当日の緊急連絡時に使用します。誤入力のないようにご確認いただけますようお願いします。

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

■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：□はい

■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

■個人情報の取扱いへの同意　　☐同意する

ご入力いただきました個人情報は，本セミナーに関する諸連絡の目的で利用します。（ただし，個人情報を含まないデータは統計的な資料として利用させていただく場合があります。）また，入力された内容は適切に管理します。情報の開示・訂正・追加・削除を希望される方は，chiiki.med@gmcc.jpまでご連絡ください。ご自身の個人情報を入力・送信された場合，上記利用目的にご同意いただけたものとします。

■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ください。

＊ 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，群馬県地域医療支援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，お知らせください。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。

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