**地域医療体験セミナーin群馬　参加申込書**

令和元年　　月　　日

私は，「地域医療体験セミナー in群馬」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

|  |
| --- |
| 　　　月　　日　：　　　　　　　　　　　　　　コース |
| 　　　月　　日　：　　　　　　　　　　　　　　コース |
| 　　　月　　日　：　　　　　　　　　　　　　　コース |

　＊ポスターをご覧の上，ご記入ください。複数参加可能。

■氏名(ﾌﾘｶﾞﾅ)：　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　　　　　)　■学年：　　　　　年生

■学籍番号：　　　　　　　　　■出身地(都道府県)：　　　　　　　■出身高校(任意)：

■電話番号(半角数字で入力してください)：

＊緊急時に職員から連絡する場合がありますので，日中ご連絡がとれる電話番号をご記載ください。お間違えがないか，再度ご確認ください。

■メールアドレス：

＊こちらのメールアドレスに，【お申込み内容確認】とセミナー参加についてのご連絡をお送りいたします。

＊「ドメイン指定受信」機能を利用されている方は，「@gmcc.jp」ドメインをご指定ください。

■セミナーで提供される食事について，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健・医学生教育研究賠償責任保険　　　[ ] 加入済　・　[ ] 未加入

■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。

＊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，群馬県地域医療支援センターの活動報告書，ホームページ及びFacebook等に掲載・使用します。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，ご了承ください。不都合がある場合はお申し出ください。

■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。

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【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（担当：志賀）

　　　　　TEL : 027-220-7938／E-mail : chiiki.med@gmcc.jp