

お申込み方法

Step.1

ホームページから参加申込フォームにアクセスし、必要事項を入力します。

2025年夏『地域医療体験セミナー』参加申込フォーム

標記セミナーへの参加をご希望の方は、以下フォームに必要事項をご入力ください。
なお、お申込み前に[【お申込みに関する諸注意】](#)及び[【お申込み方法】](#)をご一読ください。

◎ご入力いただいた内容は本セミナー事業に関するものにのみ使用し、他の目的には一切使用いたしません。

Step.2

入力後、回答を送信すると以下の画像が表示されます。

2025年夏『地域医療体験セミナー』参加申込フォーム

回答を記録しました

[別の回答を送信](#)

お申込みは完了していません！

Step.3

登録したメールアドレスに、自動返信メールが届いているか確認してください。

2025年夏『地域医療体験セミナー』参加申込フォーム

To: **ご自身で登録したメールアドレス宛にメールが届きます。**

Google Forms

「2025年夏『地域医療体験セミナー』参加申込フォーム」にご記入いただきありがとうございます
フォームの回答

メールが届いたら申込完了です！

Step.3にて自動返信メールが届かない場合は、右記お問合せ先まで電話にてご連絡をお願いいたします。

【お問合せ先】
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
TEL : 027-220-7938