

申込先

島根県 健康福祉部医療政策課 医師確保対策室 行き
FAX： 0852-22-6040
E-mail： iryou-ishi@pref.shimane.lg.jp

■ 申込期限 ■

【浜田会場】 7月21日（水）
【その他会場】 7月30日（金）

自治医科大学説明会 参加申込書

申込者： _____

連絡先（TEL）： _____

	参加者氏名	ご所属区分 (いずれかに○)	学校名 (高校・卒業生のみ)	参加会場 (いずれかに○)
1		高校 年 ・ 卒業生 (年卒) 保護者 ・ その他 ()	高校	松江・出雲・浜田・益田
2		高校 年 ・ 卒業生 (年卒) 保護者 ・ その他 ()	高校	松江・出雲・浜田・益田
3		高校 年 ・ 卒業生 (年卒) 保護者 ・ その他 ()	高校	松江・出雲・浜田・益田
4		高校 年 ・ 卒業生 (年卒) 保護者 ・ その他 ()	高校	松江・出雲・浜田・益田
5		高校 年 ・ 卒業生 (年卒) 保護者 ・ その他 ()	高校	松江・出雲・浜田・益田

※高校でとりまとめてお申し込みいただく場合は、人数のみのご報告でも構いません。

※個人でお申し込みいただく場合は、FAXまたはE-mailにて、

こちらの様式に記載の上、送信いただくか、

①氏名、②所属区分（学生の場合は学校名、学年）、③参加会場を本文に記載の上、送信してください。

※ご不明な点がございましたら、お気軽にご連絡ください。

たくさんのご参加お待ちしております。

