和歌山県　福祉保健部

福祉保健政策局

医務課　医療戦略推進班　あて

ＦＡＸ　： ０７３－４２４－０４２５

自治医科大学医学部説明会（８/２４開催）参加申込書

申込者氏名：

連絡先：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 区　分（いずれかに〇を） | 学校名 | お住まいの市町村名 |
|  | 高校　　　年・卒業生（　　　　年３月卒）保護者 ・ その他（ 　　　　　　　　　　） |  |  |
|  | 高校　　　年・卒業生（　　　　年３月卒）保護者 ・ その他（ 　　　　　　　　　　） |  |  |
|  | 高校　　　年・卒業生（　　　　年３月卒）保護者 ・ その他（ 　　　　　　　　　　） |  |  |

**○当日の参加者**

（※）高校生、卒業生以外の方は「学校名」は空欄で結構です。

（※）申し込み受付後、申込書に不備がある場合や定員に達し申し込みをお受けできない場合は、

　　　ご連絡させていただきます。