

受講料

無料

**令和6年度 医師体験講座 受講申込書【高松赤十字病院】**

|  |  |
| --- | --- |
| 学校名・学年 | 　　　　　　　　　　　　高等学校　　　　　　　　　　年 |
| ふりがな |  |
| 参加者（生徒）氏名 | （　男・女　）　　　 |
| 保護者の連絡先※必ず保護者の方が記載してください。 | 保護者名 |  |
| 住　　所 | 〒　　　－　 |
| 電話番号： |
| **メールアドレス（必須）：** |
| 抽選結果の連絡先※参加いただけない場合に連絡いたします。必ず連絡のとれる電話番号を記載してください。 |  |
| 受講理由※いずれかに〇を（3の場合は理由も記載）してください。 | １　医師・医学部を目指している　２　医師という職業に興味がある３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考欄※特段の要望等ありましたら記載してください。 |  |

※申込者の情報は、医師体験講座事業のみに使用し、その他の目的に使用することはありません。また、第三者へ提供することもありません。

※申込締切は **令和6年7月8日（月）17：00** 医療業務推進課必着とします。

応募者多数の場合は抽選となりますのでご了承ください。参加の方へ、上記メールアドレスに案内文を送付いたします。

**お申し込み先**（郵送・ＦＡＸまたはメールにてお申込みください）

◇郵送の場合

住所：〒760-0017　高松市番町4丁目1-3　高松赤十字病院　医療業務推進課宛

◇FAXの場合

FAX番号：087-834-7809高松赤十字病院　医療業務推進課宛

◇メールの場合

Email：ishishien@takamatsu.jrc.or.jp　高松赤十字病院　医療業務推進課宛