

令和7年度 高松赤十字病院医師体験講座 受講申込書

【申込締切】令和7年7月17日（木）17時必着

学校名・学年	高等学校 年	
受講者氏名	カナ氏名 : 漢字氏名 :	
受講者生年月日・性別	年 月 日 (男・女)	
受講希望理由 ※いずれかに○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（理由： ）	
※保護者の方にご確認いただく事項		
保護者連絡先 ※病院からのメールが受信できるよう設定をご確認ください。	保護者氏名	
	住 所	〒 —
	電話番号：	
	メールアドレス（必須）：	
写真および動画撮影について ※いずれかに○をしてください。	高松赤十字病院の記録・広報のため、医師体験の様子を撮影いたします。 また、当日マスコミの取材がある場合があります。 1 写真および動画の撮影に同意する 2 写真および動画の撮影に同意しない	
備考欄 ※特段の要望等あれば記載してください。		

※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。

※申込書受領後1週間以内に上記メールアドレスに確認メールを送信いたします。

※申込締切後に抽選で参加者を決定し、7月28日（月）までに上記メールアドレスに抽選結果のお知らせメールを送信いたします。

お申し込み先 高松赤十字病院 医療業務推進課宛に郵送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

◇メールの場合 Email：ishishien@takamatsu.jrc.or.jp ※タイトルは「医師体験講座申込」としてください。