

医療体験活動等申込書

(いずれかに 印を付して下さい。)

今回初めて医療体験を希望する者

前年度医療体験実施済の者

申込者	ふりがな 氏名	
	電話	
	メールアドレス	(E-mail _____ @ _____) ※次のアドレスより連絡内容を送信します。 島根大学医学部学務課 msa-nyushi@office.shimane-u.ac.jp
	現住所	
	高等学校名	
	卒業(見込)年月	
医療体験活動実施期間	令和元年11月25日(月)～29日(金)	
出身高等学校 の担当教員	氏名	
	電話	
	F A X	

※活動期間中の交通費及び宿泊場所等については、本人負担となります。

【 申込期限 令和元年10月31日(木)午後5時】

下記の担当に電話で相談した上で、郵送またはFAXにより申し込んでください。

【担当】 〒693-8501 島根県出雲市塩冶町89-1 島根大学医学部学務課入試担当 TEL 0853-20-2087 FAX 0853-20-2079
