

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 <small>※必ず保護者の方が記載してください。</small>	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 <small>※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。</small>		
受講理由 <small>※いずれかに○を（3の場合は理由も記載）してください。</small>	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 <small>※特段の要望等ありましたら記載してください。</small>		

※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はありません。

※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