令和７年度自治医科大学（医学部）説明会　参加申込書

下記のメールアドレスに、本申込書を送付していただくよう、お願いします。

送付先：iryo-keikaku@pref.aichi.lg.jp (医療計画課メールアドレス)

件名：自治医科大学（医学部）説明会参加申込

高校・予備校名：

個人申込の場合は、記入不要です。

担当者名　　　：

連絡先（℡）　：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参加者氏名 | 高校名 | 学年 | 住所（市町村名まで） | メールアドレス | 電話番号その他備考 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| （記入例）愛知　太郎 | ○○高校 | ３年 | 名古屋市 |  | 000-000-000 |
| 愛知　花子 | ○○高校 | 保護者 | 名古屋市 |  |  |

【注】※必ずお読みください。

・個人単位での申込のほか、学校（予備校）単位で取りまとめての申込も可能です。

・高校名欄は、保護者の場合はお子様の高校名の記入をお願いします。

・学年欄は、予備校生等の場合は高校卒業年次（例：令和６年度（令和７年３月）に卒業した場合は「Ｒ６卒」）を記入してください。保護者が参加する場合は、「保護者」と記入してください。

・住所欄は、現住所について市町村名まで記入してください。

・連絡先（℡）は、申込内容の確認等に使用しますので、確実に連絡が取れる番号を記入してください。

・参加申込者の情報は、今回の説明会の緊急連絡、評価及び今後の説明会の参考とさせていただく以外、他の目的で使用することはありません。

・ご不明な点は、「愛知県保健医療局健康医務部医療計画課人事グループ　松原（電話番号：０５２－９５４－６９７３（ダイヤルイン））」までご連絡ください。