

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：

担当者名：

連絡先（TEL）：

個人申込の場合は、記入不要です。

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	〇〇高校	3年	名古屋市		000-000-000
愛知 花子	〇〇高校	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）単位で取りまとめたの申込も可能です。
- ・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「R 6 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（TEL）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。