医学部進学制度説明会の申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 学校名等 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

１　対象者等

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者 | 希望時期(曜日、時間等のみでも可) |
|  |  |

・　開催場所や日時等について、個別に調整を行います。

・　全てのご希望に対応できない場合もありますので予めご了承ください。

２　ご質問　等

・　ご質問やご意見がありましたら、ご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

[申込先]

山口県健康福祉部医療政策課

Mail：a11700@pref.yamaguchi.lg.jp

FAX：０８３－９３３－２８２９（送付票不要）