

(様式2)

令和6年 月 日

長崎大学医学部長 殿

高等学校

学校長

(印)

地域医療ゼミナール受講申込書の送付について

標記ゼミナールについて、地域医療ゼミナール受講申込書を送付し、本校生徒及び卒業生の受講を申し込みます。

なお、在校生については、受講により本校での正課及び課外活動に支障が生じないことを確認しました。

記

・受講希望者 人（様式1 地域医療ゼミナール受講希望者名簿のとおり）

以上

(様式3)

受講者番号 ※記入しないでください

地域医療ゼミナール受講申込書

令和 年 月 日

長崎大学医学部長 殿

高校名 _____ 高等学校

氏名 _____ (自著)

電話番号 _____ — —

私は、標記ゼミナールの受講を希望しますので、別紙の受講希望理由と併せて受講申込書を提出します。

また、申込の際に提供した個人情報を長崎大学が標記ゼミナールの実施にかかる業務のため利用することに同意するとともに、本申込書及びゼミナールで提出するレポート等が入学者選抜時の面接の参考資料とされることを確認しました。

令和6年度地域医療ゼミナール受講者票

受講者番号	※
ふりがな	
氏名	

(注) ※印欄は記入しないこと

写真貼付

参加申し込み
3ヶ月以内に
撮影したもの
(タテ4cm×
ヨコ3cm)

注意事項等

1. 開始時刻に遅れた受講者は特別な事情がない限り、受講は認められません。
2. ゼミナール開講時間中に食事はできません(飲水は可)。

受講上の注意事項をゼミナールの1週間前までに長崎大学医学部医学科ホームページに掲載するので、以下URLまたはQRコードからアクセスし事前に確認すること。

<長崎大学医学部ホームページ>

<https://www.med.nagasaki-u.ac.jp/med/index.html>



----- (切り離さないこと) -----

令和6年度地域医療ゼミナール写真票

受講者番号	※
ふりがな	
氏名	

(注) ※印欄は記入しないこと

写真貼付

参加申し込み
3ヶ月以内に
撮影したもの
(タテ4cm×
ヨコ3cm)