

令和4年度 広島県地域医療セミナー申込書 高卒生用

(広島県内高等学校卒業後1年以内の者に限る)

氏名(ふりがな) ()

卒業高等学校名 高等学校

高等学校卒業年月日 令和 年 月 日

保護者参加 あり なし

送迎バス利用(福山駅発着) あり なし

受講可否結果送付先住所

〒

当日連絡が取れる携帯電話番号

当日連絡が取れるメールアドレス

本申込書と高校卒業証書コピー1部を以下に送付ください
〒734-8553 広島市南区霞1-2-3
広島大学霞地区運営支援部学生支援グループ医学部担当