令和 4 年度 広島県地域医療セミナー申込書（高校生用）
学校名 高等学校
担当教員名
連絡先電話番号
連絡先メールアドレス
10 名を超える場合は、本申込書をコピーしてお使いください。 本申込書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
（ふりがな）
氏名
学年
保護者
参加
送迎バス利用
(福山駅発着)
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 有・無 有・無
 有・無 有・無
 有・無 有・無
 有・無 有・無
 有・無 有・無
 有・無 有・無
 有・無 有・無
 有・無 有・無
 有・無 有・無
 有・無 有・無