令和６年度自治医科大学説明会　参加申込書（教職員用）

【日　　程】：令和６年８月４日（日）13時00分 受付開始

13時30分 開会（２時間程度を予定）

【会　　場】：ザ・グランドパレス徳島　３階　スタールーム

　　　 　　 （徳島県徳島市寺島本町西1-60-1）　※オンライン配信あり

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 学 校 名  または  予備校名 | (学校・予備校名) | | | |
| 参　　加  希 望 者  職・氏名 | 参加希望者の職名及び氏名を記入してください。 | | | |
| 職 名 |  | 氏 名 |  |
| 職 名 |  | 氏 名 |  |
| 職 名 |  | 氏 名 |  |
| 職 名 |  | 氏 名 |  |
| 職 名 |  | 氏 名 |  |
| 連 絡 先 | (電話番号) ※参加希望者が複数名の場合は、代表者の連絡先を記入してください。 | | | |
| (ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ) | | | |
| 参加方法の希望 | ※希望するものにチェックをつけてください。  □ 会場参加（ザ・グランドパレス徳島にて参加）  □ オンライン参加（Zoomを予定） | | | |

【備　　考】

・参加の可否やオンライン参加の招待メールは、記載いただいたメールアドレス宛て

に連絡いたします。

・会場参加者の希望が多数となった場合は、人数の調整をお願いする場合がございま

すので、ご了承ください。

【提 出 先】　７月１０日(水)までにご提出ください。

　徳島県医療政策課　地域医療・医師確保担当宛て

　メール：iryouseisakuka@pref.tokushima.lg.jp　 ﾌｧｸｼﾐﾘ：088-621-2898