No.

　　　　月　　　日

**薬学部ミニオープンキャンパス　申込書**

岩手医科大学薬学部 臨床医化学分野　　宛

以下のとおり，申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（ふりがな）※ | 男・女 |
| 生年月日 | 平成　　　年　　　月　　　日生　　満（　　　）　才 |
| 学校名※  （担任教諭） | 高校（　　　　　　　　　） |
| 学年※ | １年　　　２年　　　３年  （いずれかに○をつけて下さい） |
| 同伴者 | 名 |
| 電話番号 |  |
| e-mail address |  |

・※の項目は必須です。電話番号，e-mail addressのうち，連絡の取りやすいものを少なくとも1つご記入ください。

e-mailがご使用可能な場合は，e-mailでの連絡が便利です。

・ご記載の個人情報は，ミニオープンキャンパスおよび関連行事・事項のみに使用させていただきます（進学相談やオープンキャンパス参加等を希望される場合の連絡も含みます）。

2月13日(水)までに，

メール，FAX，郵送，いずれかの方法でお申込み下さい。

＜お申込み先＞

　　メールアドレス：kojinata@iwate-med.ac.jp　（那谷耕司 教授　宛）

　　FAX：019-698-1846

　　郵送先：〒028-3694

　　　　　　紫波郡矢巾町西徳田2-1-1

　　　　　　岩手医科大学薬学部・臨床医化学分野 那谷耕司　宛