

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まれます）。

2月26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

紫波郡矢巾町医大通 1 丁目 1-1

岩手医科大学薬学部・臨床医化学分野 那谷耕司 宛