受付No.

**参 加 申 込 書**

下記の通り、参加を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| **イベント名** | 医学部受験生向け企画　「我ハ如何ニシテ滋賀医大に合格セリヤ」（9/25(土)15時半よりZOOMにて開始） |
| **申込日** | 年　　　　　　月　　　　　　日 |
| **氏名** | (フリガナ) | **性別** |  |
|  |
| **生年月日** | 　　　　　年　　　月　　　日　生（　　　　　　　　歳） | **学年** |  |
| **住所** | 〒　　　　－ |
| **電話番号** |  | **携帯電話** |  |
| **Eメール** | 　　　　　　　　　　　　　　　　@ |
| **学校名** |  |
| **滋賀医大生への質問** |  |

郵送先　〒　520-2153　滋賀県大津市一里山1-9-15　エミール瀬田201

FAX番号　077-543-5204

郵送・FAX・写真をメール、のいずれかでお申し込みください。