

□ FAX申込票（当日会場用） □

岐阜大学医学系研究科・医学部 医学科学務係 行
 (FAX : 058-230-6074)

高校名 _____ ご担当者様氏名 _____

ご連絡先 (TEL) _____

(FAX) _____

※7名以上の申込みの場合は、適宜本用紙をコピーし記入してください。

第1希望の日程に◎、第2希望の日程に○を記入してください。

(希望が1日のみの場合は、◎のみ記入してください。)

			3月26日(土)	3月27日(日)
1	フリガナ			
	氏名			
2	フリガナ			
	氏名			
3	フリガナ			
	氏名			
4	フリガナ			
	氏名			
5	フリガナ			
	氏名			
6	フリガナ			
	氏名			
7	フリガナ			
	氏名			