令和７年６月　　日

広島県立総合リハビリテーションセンター　所長様

高校生医療体験セミナー参加申込書

【申込者】

学 校 名：　　　　　　　　　　代表者名：

担当者名：　　　　　　　　　　　　　　　　　連 絡 先：☎

貴病院の「高校生医療体験セミナー」に次の生徒の参加申し込みをします。

【参加生徒】

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏 名 | フリガナ | 学 年 | 性 別 | 志望理由 | 大学の志望学部 | 備 考 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |