

## 案内通知先

NPO法人滋賀医療人育成協力機構からの広報誌や、地域医療研修等の案内は以下の連絡先をお願いします。

平成 年 月 日

ふりがな ご氏名	
進学学校名 および学部	
連絡先ご住所 (下宿先など)	〒
電話番号	
メールアドレス	
連絡先ご住所 (実家/帰省先)	〒
帰省先電話番号	
備考	

※下宿先等が未定の方はご実家/帰省先のみご記入ください。

※上記情報は広報誌および本機構からの案内連絡等以外には使用いたしません。

本機構へのメッセージやご要望などがございましたら備考欄にご記入ください。

※ご記入のうえ、事務局までご郵送又はFAXしてください。

送り先：〒520-2192 滋賀県大津市瀬田月輪町 滋賀医科大学内  
NPO 法人滋賀医療人育成協力機構 事務局  
FAX 077-548-2803