

高知県知事 様

高知県薬学部オープンキャンパス参加支援申込書

高知県薬学部オープンキャンパス参加支援について、下記に同意のうえ申し込みます。

参加支援申込にあたっての確認事項 ※同意いただける場合をしてください。

- 「高知県薬学部オープンキャンパス参加支援基準」を確認しました。
- この参加支援の申込については、保護者に説明し同意を得ています。
- 協定締結大学が 12 月末までに開催するオープンキャンパスに参加申込済みです。
- 県が参加者情報（学校名、学年、氏名）を大学側に提供することを了承します。

参加者	氏名(ふりがな)	()
	住所・電話番号	〒 - 電話番号 (- -)
在籍高校名 (学年)		(年)
保護者氏名(ふりがな) 電話番号		() 電話番号 (- -)
参加申込済の 協定締結大学名		
参加日		令和 年 月 日

オープンキャンパス参加大学までの移動に伴う交通手段(予定)にをお願いします。
※参加後に交通費が確認できる領収書等(原本)の提出が必要です。

- 鉄道 路面電車 航空機 自家用車(高速道路等利用)
- 高速バス 空港連絡バス 路線バス その他 ()

- * 本申込書は、オープンキャンパス参加日の 2 週間前までに提出してください。(必着)
- * 申込書受領後、支援対象者に「参加確認票」、「参加報告書」及び「アンケート回答用紙」を郵送します。いずれも参加後に提出が必要な書類ですので、必ず参加前に受領の確認をお願いします。
- * 「参加確認票」は、参加大学に確認をいただくため、オープンキャンパス参加時に持参が必要な書類です。
- * 予算上限に達し、支援対象外となった場合は、その旨を連絡させていただきます。

【提出及び問い合わせ先】 高知県健康政策部薬務衛生課 医薬連携推進担当
 〒780-8570 高知市丸ノ内 1-2-20 TEL : 088-823-9682