令和　　年　　　月　　　日

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。

　　□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（　　　－　　　－　　　） |
| メールアドレス |  |
| 在籍高校名（学年） | 　　　　　　　　　　　　　　（　　　　年） |
| ※県外高校の場合出身学校名（県内）（小学校又は中学校名） |  |
| 保護者氏名(ふりがな)電話番号 | 　（　　　　　　　　　　）電話番号（　　　－　　　－　　　） |
| 参加する協定締結大学名 |  |
| 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。

＊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）

＊オープンキャンパス参加に事前予約が必要な場合は、必ず各自で事前予約をしてください。

＊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。

|  |
| --- |
| 【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：088-823-9682E-mail：yakuzaishi@ken.pref.kochi.lg.jp |

＊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。