

〔様式1〕

福井大学ジュニアドクター育成塾 応募申請書

ふりがな 氏名	(男・女)		
生年月日	年	月	日(歳)
学校名	学校	学年	年
住所	(〒 -)		
ふりがな 保護者氏名			
電話番号 (保護者)	(携帯)		
メールアドレス@ (jrdoctor-fukui@ml.u-fukui.ac.jp からのメールを受け取れるアドレスを 記入してください。)		
福井大学への 交通手段	あてはまるものを○で囲んで下さい ・保護者の送迎(自家用車等) ・公共交通機関(電車・バス) ・徒歩や自転車		
備考			

- ※ ご記入いただきました個人情報は本事業の目的以外には使用致しません。
- ※ 本事業中に撮影した写真・映像などをホームページや広報などに使用することがあります。
- ※ 本事業は、JSTからの支援を受けて実施される研究開発事業です。そのため、申込者の資質・能力及び受講修了後の進路や本事業の影響等について調査を実施します。また、受講生が書いた作文を報告書・HP等に掲載する場合があります。受講された方は、調査への協力、アンケートや作文の報告書・HP等への掲載に同意されたものとみなします。
- ※ 中学3年生は、第一段階プログラムまでの受講で終了になります。
- ※ その他事務局の配慮が必要な事がありましたら、備考欄に記入してください。

本プログラムの内容に同意し、参加することを承諾いたします

平成30年 月 日

保護者氏名

印