# メディカルクリエーションふくしま2025

# 『学生ハンズオンツアー』申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込日 | 2025年 　月 　 日 | | |
| 学校名 |  | | |
| 学年 |  | | |
| 人数 | 合計　　名（学生　　名、教員　　名）※後日名簿をご提出いただきます | | |
| 希望日程  ○印・時間を  ご記入下さい |  | 10月29日（水）滞在可能時間【　　　：　　　～　　：　　　】 | |
|  | 10月30日（木）滞在可能時間【　　　：　　　～　　：　　　】 | |
| 希望コース　○印をご記入　　　　ください | ものづくり企業コース・医療機器メーカーコース  その他要望【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 | | |
| 申込者  ご連絡先 | ご担当者名: | | |
| 電話番号： | | 当日の緊急連絡先（携帯電話番号）: |
| メールアドレス: | | |

※応募状況によってはご希望に添えない場合がありますのでご容赦ください。

◆お問合せ◆

メディカルクリエーションふくしま事務局　事業企画推進部/庭瀬

TEL：024-954-4014

E-mail：hikari.niwase@fmdipa.or.jp