

学 長	医学部長	副医学部長	教務委員長	学生指導委員長	事務部長

学 外 試 合 参 加 願
行 事

平成 年 月 日

藤田保健衛生大学
学 長 星 長 清 隆 様

部 名

部 長 (学 年 担 任) 氏 名

㊟

学 生 責 任 者 医 学 部 医 学 科 _____ 学 年

(学 籍 番 号 _____) 氏 名

㊟

下記により学外試合（行事）に参加いたしたく、ご許可願います。

記

1. 試 合 名 称
行 事

2. 主 催 者 名

3. 参 加 日 時

4. 開 催 場 所

5. 本学文化部・運動
部などの参加者数

6. 同 上 責 任 者

7. そ の 他 参 考 事 項

「注」1. この願は練習試合を除く。ただし、その旨部長（学年担任）に連絡すること。

「注」2. 開催場所については、名称・住所・連絡先を記入すること。

「注」3. 同上責任者については、学年・氏名・連絡先を記入すること。

「注」4. その他参考事項には、移動の交通手段を明記すること。自家用車で乗り合わせて行く場合は配車表・大学からの経路地図を添付すること。宿泊する場合は宿泊施設の詳細を記入すること。

「注」5. 添付書類：参加者名簿、試合の要項又はそれに替わる物