

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

合 宿 願

平成 年 月 日

藤田保健衛生大学
学長 星 長 清 隆 殿

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

㊟

下記により合宿したいのでご許可願います。

記

1. 部 名
2. 合宿責任者氏名および人数
3. 合宿場所（学外の場合は宿舎所在地の地図を添付）
4. 合宿期間
5. 使用したい学内施設
6. 借用したい物品
7. その他参考事項

「注」1. 合宿責任者については、連絡先を記入すること。

「注」2. 合宿場所までの移動手段をその他参考事項欄に記入すること。貸切バスを利用する場合はバス会社の連絡先を記入し、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。

「注」3. 添付書類：参加者名簿、合宿承諾書、合宿の日程表