

令和9年度緊急医師確保対策枠学校推薦型選抜 「島根県の担当者による面接」申込書

- ・緊急医師確保対策枠学校推薦型選抜の出願要件となっている「島根県の担当者による面接」に申込みものです。前年度に面接を受けている場合も改めて受ける必要がありますので、提出してください。
- ・申込みをするにあたり、必ず出身高等学校の進路指導担当教員に予め相談してください。
- ・申込書に記入された情報は、面接実施のため、島根県健康福祉部医療政策課に提供します。なお、同情報は他の目的での利用はいたしません。
- ・令和9年度緊急医師確保対策枠学校推薦型選抜は募集人員を含めた内容について、現在、文部科学省と協議中です。
- ・メールアドレスは、o(オー)、0(ゼロ)、-(ハイフン)、_(アンダーバー)の区別が付くように記入をしてください。

志 願 者	ふりがな 氏 名		
	電 話	(携帯)	(自宅)
	メールアドレス	Email @ ※次のアドレスからの各種連絡に使用します。 島根大学医学部学務課入試担当 nyusi@med.shimane-u.ac.jp 島根県健康福祉部医療政策課 iryou-ishi@pref.shimane.lg.jp	
	現 住 所		
	高等学校名		
	卒業(見込)年月		
	出身高等学校の 担当教員名 ※既卒者も必ず記入してくだ さい。	氏 名	
電 話			
メール アドレス		Email	@

~~~~~  
令和8年9月25日(金) 17時必着

## 【送付先】

島根大学医学部学務課入試担当

〒693-8501 島根県出雲市塩冶町 89-1

TEL 0853-20-2087 FAX 0853-20-2079 E-mail nyusi@med.shimane-u.ac.jp

## 【注意事項】

交通費及び宿泊費等については、自己負担となります。