

旭川医科大学体験学習事業実施要項の一部を改正する要項を次のように定める。

(令和6年9月18日学長裁定)

旭川医科大学体験学習事業実施要項の一部を改正する要項

旭川医科大学体験学習事業実施要項（平成27年5月15日学長裁定）の一部について、下表右欄（「現行」欄）を、同表左欄（「改正後」欄）のように改正する。

※下線部分は改正箇所を示す。

改正後	現行
<p>(略)</p> <p>(申込方法等)</p> <p>第6 本事業の申込機関代表者は、この要項に定める旭川医科大学体験学習事業申込書（別紙様式）に損害賠償保険証書等（写）を添付して、本学学長の許可を得なければならない。</p> <p>2 申込みは、本事業実施希望日の6ヶ月前から2ヶ月前までに、郵送又は電子メールで行うものとする。</p> <p><u>附 則</u></p> <p><u>この要項は、令和6年9月18日から実施し、令和6年8月1日から適用する。</u></p> <p><u>別紙様式（第6関係）</u></p> <p>【改正理由】</p> <p>令和6年8月1日付け事務局改組に伴い、所要の改正を行うとともに、規定の整備を図るものである。</p>	<p>(略)</p> <p>(申込方法等)</p> <p>第6 本事業の申込機関代表者は、この要項に定める旭川医科大学体験学習事業申込書（別紙様式）に損害賠償保険証書等（写）を添付して、本学学長の許可を得なければならない。</p> <p>2 申込みは、本事業実施希望日の6ヶ月前から2ヶ月前までに、郵送、<u>FAX</u>又は電子メールで行うものとする。</p> <p><u>別紙様式（第6関係）</u></p>

旭川医科大学体験学習事業申込書

年 月 日

旭川医科大学長 殿

申込機関名： _____
機関等の長： _____
担当部署： _____
担当者： _____
住 所：〒 _____
電話番号： _____
E-mail： _____

公印

旭川医科大学体験学習事業実施要項第7を遵守の上、下記のとおり申込みします。

記

1. 日 時： 年 月 日（ ） 時 分～ 時 分

2. 参加者の学年・氏名： 別紙のとおり

3. 引率者の職・氏名： 別紙のとおり

4. 訪問の目的及び内容等：

5. その他特記事項

※ 上記の「訪問目的及び内容等」で施設見学を希望する場合は、別途条件がございますので、ご相談願います。

※ 問合せ先：〒078-8510 旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号

旭川医科大学 総務課広報・社会連携係

電話：0166-68-2197

E-mail：kouhou@asahikawa-med.ac.jp

旭川医科大学体験学習事業申込書

平成 年 月 日

旭川医科大学長 殿

申込機関名： _____
機関等の長： _____
担当部署： _____
担当者： _____
住 所：〒 _____
電話番号： _____
F A X： _____
E-mail： _____

公印

旭川医科大学体験学習事業実施要項第7を遵守の上、下記のとおり申込みします。

記

1. 日 時： 平成 年 月 日（ ） 時 分～ 時 分

2. 参加者の学年・氏名： 別紙のとおり

3. 引率者の職・氏名： 別紙のとおり

4. 訪問の目的及び内容等：

5. その他特記事項

※ 上記の「訪問目的及び内容等」で施設見学を希望する場合は、別途条件がございますので、ご相談願います。

※ 問合せ先：〒078-8510 旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号

旭川医科大学 研究支援課社会連携係

電話：0166-68-2197

FAX：0166-66-0025

E-mail：rs-sr.g@asahikawa-med.ac.jp