

【申込先】

愛媛県 医療対策課 救急・災害医療グループ宛て（送付状不要）

FAX申込先：089-921-8004、（TEL：089-912-2450）

郵送先：〒790-8570 愛媛県松山市一番町4丁目4-2

※申込期限：令和5年10月20日（金）（締切日必着）

* 郵送する場合は、必要に応じてコピー等により保管してください。

* 応募者多数の場合には、抽選となります。参加者の決定については、県から、10月31日（火）までに通知（郵送）します。

「愛媛県ドクターヘリ見学会」参加申込書

（記入上の注意）

1. お1人様1回のみのお申込とします。（申込書1枚につき、最大5名）。
2. 「希望調べ」は必ず記入してください。
※未記入の場合は「希望なし」とさせていただきます。

（申込上の注意）

1. 参加費用は無料ですが、参加者の旅費等は参加者の自己負担とします。
2. 参加者用の無料駐車場を用意していませんので、公共交通機関を利用されるか、松山空港の駐車場（有料）をご利用ください。
3. 小学生以下のお子様には必ず保護者の方が同伴してください。
4. 本要請（救急搬送）への対応や当日の天候等により、中止する場合があります。
5. 受付場所から見学会場までは徒歩で移動していただくこととなりますので、ご了承ください。（会場地図については抽選結果通知時にお知らせいたします。）

| | | | |
|------------------|--------|--|--|
| ふりがな 代表者 | 男 女 | ※小学生以下のお子様に参加される場合は、同伴する保護者の方を代表者として記載し、お子様は同行者欄に記載ください。 | |
| 住 所 | 〒 | 市・町 | |
| 同行者 氏名 | ② | ④ | |
| | ③ | ⑤ | |
| 電話番号 (昼間の連絡先) | (自宅) : | (携帯) | |

【希望調べ】

希望欄に第1希望は1、第2希望は2、第3希望は3と記入してください。

希望がない場合は、希望なしに○を記入ください。

| 希 望 | 実 施 日 時 | 人 数 |
|-----|----------------------------------|-------|
| | (第1回) 令和5年11月12日(日) 14:00 ~14:50 | 35人程度 |
| | (第2回) 令和5年11月12日(日) 15:00 ~15:50 | 35人程度 |
| | (第3回) 令和5年11月12日(日) 16:00 ~16:50 | 35人程度 |
| | 希望なし | — |