【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７年９月16日（火）（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、９月30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。
　※昨今、松山空港をご利用される方が増加しており、週末、松山空港駐車場は大変混雑しますので、お車で来られる場合、時間に余裕をもってご来場ください。
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。）
６．　**第４回（16：00～16：50）については、医療や航空の仕事に興味のある学生（高校生以上）限定の回としています。大変申し訳ございませんが、学生様及びその保護者様以外のお申込みはご遠慮いただきますようお願いします。**

ふりがな 代表者	男 女	※小学生以下のお子様が参加される場合は、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、希望なしに〇を記入ください

希　望	実　施　日　時	人数
	（第１回）令和７年10月19日（日）13：00 ～13：50	45人程度
	（第２回）令和７年10月19日（日）14：00 ～14：50	45人程度
	（第３回）令和７年10月19日（日）15：00 ～15：50	45人程度
	（第４回）令和７年10月19日（日）16：00 ～16：50【学生様限定回】	45人程度
	希 望 な し	―

※第４回については、医療や航空の仕事に興味のある学生（高校生以上）限定の回としています。大変申し訳ございませんが、学生様及びその保護者様以外のお申込みはご遠慮いただきますようお願いします。