**<　F　A　X　送　信　表　>**

年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 宛　　先 | 関西医科大学入試センター（FAX：072-804-2686） |
| 件　　名 | 令和6年度（2024年度）【医学部】一般選抜試験問題の請求 |
| 学校名等 |  |
| 電話番号 |  |
| 内　　容 | 令和6年度（2024年度）【医学部】一般選抜試験問題を請求いたします。 |
| 備　　考 |  |

　　　　　　　 　≪送付先記入シート≫　**※必ずご記入ください。**

（郵便番号）　〒　　　　―

（住所）

（学校名等）

（ご担当者氏名）

　　※問題冊子のみの送付となります。

　　※指定科目がある場合は備考欄に記入ください。（外国語のみ希望など）

　　※残部の都合により、送付数は原則1部とさせていただきます。