

第3年次編入学第2次募集要項の請求方法

[郵便番号, 住所, 氏名] を明記し, 送料270円分の切手を貼付した返信用封筒 (角形2号封筒) を同封して下記へご請求ください。

請求する封筒の表には「医学部保健学科第3年次編入学第2次募集要項請求」と**朱書き**してください。

>> 請求先

〒852-8520 長崎市坂本1丁目7番1号

長崎大学生命医科学域・研究所事務部学務課 (保健学科)

TEL (095) 819-7909