

3年次編入学試験募集要項の請求方法

[郵便番号、住所、氏名] を明記し、送料205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3年次編入学募集要項請求」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
長崎大学医歯薬学総合研究科学務課（保健学科）
TEL (095) 819-7909