

熊本県地域臨床実習支援事業実習申込書

令和 年 月 日

熊本県地域医療支援機構理事長 様

申込者 住所 〒 ー
氏名
連絡先 電話番号
電子メール

熊本県地域臨床実習支援事業の実習について、下記のとおり申し込みます。

(フリガナ) 氏名			
帰省先住所 連絡先	〒 ー 電話番号（自宅・携帯） ー ー		
大学名 学部名		学年	年
熊本県以外の修学 資金貸与の状況	有（都道府県・市町村等名： ）・無		
申込理由			
実習希望医療機関 までの大まかな旅 程			
実習希望医療機関 及び実習期間等	実習希望医療機関名	実習方法	実習期間
		診療見学・診療参加 （希望診療科名等）	
		診療見学・診療参加 （ ）	年 月 日 ～ 年 月 日
		診療見学・診療参加 （ ）	年 月 日 ～ 年 月 日

- 注：(1) 実習希望医療機関は、別表「臨床実習受け入れ医療機関」の中からお選びください。
(2) 診療見学か診療参加か希望するものに○を（両方の場合は両方に○を）つけてください。診療科名は特に希望があれば記入願います（複数可）。
(3) 実習期間は1週間以内で記入ください。
(4) 申込理由については、別紙（任意）で提出いただいても構いません。