様式１

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　〒　　－
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、下記のとおり申込ます。

<table>
<tr><td>（フリガナ）
氏　　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>帰省先住所
連　絡　先</td><td colspan="3">〒　　－

電話番号（自宅・携帯）　　－　　－</td></tr>
<tr><td>大　学　名
学　部　名</td><td></td><td>学年</td><td>年</td></tr>
<tr><td>熊本県以外の修学資金貸与の状況</td><td colspan="3">有（都道府県・市町村等名：　　）・無</td></tr>
<tr><td>実習希望医療機関までの大まかな旅程</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">実習希望医療機関及び実習期間等</td><td rowspan="2">実習希望医療機関名</td><td>実習方法
診療見学・診療参加
（希望診療科名等）</td><td rowspan="2">実習期間</td></tr>
<tr><td></td></tr>
<tr><td></td><td>診療見学・診療参加
（　　）</td><td>年　月　日
～　年　月　日</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>診療見学・診療参加
（　　）</td><td>年　月　日
～　年　月　日</td></tr>
</table>

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〇を（両方の場合は両方に〇を）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、別様にても構いません。