**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、下記のとおり申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ）氏名 |  |
| 帰省先住所電話番号 | 〒 |
| 自宅　　　　-　　　　-　　　　 |
| 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 |  |
| 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、別様にても構いません。