

## 令和 8 年度（2026 年度）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		
出身県 (都道府県名のみ)			
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			
実習先医療機関ま での大まかな旅程			
実習先の医療機関 及び実習期間等	実習医療機関名	実習方法	実習期間
		診療見学・診療参加	年 月 日 ～ 年 月 日
実習先医療機関の 窓口担当者名等	担当者所属名	担当者名	連絡先電話番号

- 注：（1）本申込書は、実習先の協力医療機関と調整を行った上で決定した内容を記載してください。  
（2）診療見学か診療参加か該当するものに○を（両方の場合は両方に○を）つけてください。  
（3）実習期間の支給要件は2日以上で、5日を超えた場合は5日が支援の上限となります。  
（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。