フレキシブル実習参加申込書

令和 　年　 月　 日

　フレキシブル実習に参加したいので、下記のとおり申し込みます。

1. ふりがな

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　（学生番号(島大生のみ)　　　　　　　　　 ）

1. 大 学 名　　　　　　　　　　　　　 　③　学年　　　　　　　　年

④ 性 別　男・女　（○印）　⑤　生年月日　　　　　年　　　　月　　　　　日生

⑥ 連絡先

現住所 　〒　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　市・郡　　　　　　　　番地

携帯電話

Ｅmail　(携帯)

　　　　(ＰＣ)

⑦　加入している保険(○印)

(　　)学生教育研究災害傷害保険・学研災付帯賠償責任保険(島大医学部生は全員加入しています。)

(　　)その他(名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

⑧　希望する医療機関（複数ある場合は順位を付けてください）

⑨　希望する実習期間等

ａ.希望する実習期間　　　　　　　　　　　日間（原則として３日程度）

ｂ.実習時期

第１希望　　　 　月　 　　日　～　 　　月　 　　日

第２希望　　 　　月　 　　日　～　 　　月　　　 日

第３希望　　 　　月　 　　日　～　 　　月　 　 　日

※記載されたすべての個人情報については、厳重に管理します。

島根大学医学部　地域医療支援学講座