|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院見学・実習申込書（医学生） | | | | |
| 記入日　　　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| 名前（ふりがな） |  | 性別 | 年齢 | 出身地 |
|  |
| 大学名 | 大学　　医学部　第　　　学年 | | | |
| 住　所 |  | | | |
| 緊急連絡先 |  | | | |
| メールアドレス |  | | | |
| 実習希望日 | 年　 　月　 　日（ ）～　 　年　 　月　 　日（ ） | | | |
| 宿泊希望日 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日（土･日 利用の有･無） | | | |
| 来院予定時間 | 年　　月　　日（　　）　　　：　　頃 | | | |
| 帰宅予定時間 | 年　　月　　日（　　）　 　：　　頃 | | | |
| 見学・実習希望診療科 |  | | | |
| 興味のある診療科 |  | | | |
| 将来志望診療科 |  | | | |
| 面談等希望 |  | | | |
| 見学・実習内容希望 |  | | | |
| 年　　　月 | 学歴（出身大学・高校）・職歴 | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
| １．奨学金を受給していますか　　有（奨学金名称：　　日本学生支援機構　　）　・　無 | | | | |
| ２．地域枠入学の学生ですか　　はい（都道府県名：　　　　　　　　　　　　）　・　いいえ | | | | |
| ３．当院での見学・実習を希望されたきっかけについて（自由記載） | | | | |
| ４．医学生賠償責任保険加入について　　　　　　有　・　無 | | | | |
| ５．駐車場利用について　　　　　　　　　　　　有　・　無 | | | | |
| ６．その他、具体的なご希望がありましたら記載願います。 | | | | |