

## 実習申込書

国立病院機構熊本医療センター

院長 高橋 毅 殿

氏名

私は、国立病院機構熊本医療センターにおける臨床実習の申し込みを致しますので、承認方よろしくお願い致します。

### 【履歴等】

(ふりがな)

1. 氏名

2. 生年月日(年齢)

3. 現住所

4. 連絡先  
(電話)  
(携帯電話)  
(e-mail)

5. 在学学校名及び学年

6. 実習希望期間

7. 実習希望診療科

① ( )

② ( )

③ ( )

8. 実習にあたっての希望等

9. 当院での実習を希望する理由

10. 見学回数(これまでの見学回数を記載してください。特別実習等も1回としてカウントしてください。)

今回 ( ) 回目

11. 添付書類

在学証明書 ※当日持参可