令和　　年　　月　　日

実　習　申　込　書

国立病院機構熊本医療センター

院長　 髙　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 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（今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