

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 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