様式第１号

令和７年度弘前大学医学生地域医療早期体験実習申込書

　　ふりがな

氏　　名：　　　　　　　　　　　　　　(　　年生)

生年月日：昭和・平成　　年　　月　　日生

住　所：〒

連絡先(電話番号)

（PCアドレス）

（携帯アドレス）

実習希望　※（１）～（３）まで必ず記入すること。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 実習医療機関 | 期　　間 |
| （１） | 第1希望 |  | 月　　日～　　　月　　日 |
| 第２希望 |  | 月　　日～　　　月　　日 |
| 第３希望 |  | 月　　日～　　　月　　日 |
| （２） | 希望診療科や体験したいことをご記入ください。 |  |
| （３） | どちらかに〇を付けてください。 | 　１．医療機関、実習期間ともに上記を強く希望する。２．医療機関はまだ迷っている または 変更する可能性あり。→２．を選択した方は申し込み後、実習前ワークショップ参加時（7/5）に実習医療機関を変更することができます。 |

※期間は、土日祝を除く、連続した３日を記載すること。

旅費振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関 | 銀行、金庫、組合　　　　　　　　　　　店 |
| 預金種別 | １　普通預金　　２　当座預金　　　（該当する方を○で囲んでください。） |
| 口座番号 |  |

※実習終了後、旅費を口座に振り込みますので、実習生本人名義の口座を記入すること。