様式第１号

平成２９年度青森県地域医療体験実習申込書

氏 　　名：　　　　　　　　　　　　　　 （ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　）

生年月日：昭和・平成　　　年　　　月　　　日生

大学名：　　　　　　　　　　 　　　　　　　(　　　年生)

住　所：〒

電話番号

E-mail

実習希望

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 実習医療機関 | 期　　間 |
| 第1希望 |  | 月　　日～　　　月　　日 |
| 第２希望 |  | 月　　日～　　　月　　日 |
| 第３希望 |  | 月　　日～　　　月　　日 |

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。） |
| 口座名義 |  |
| 口座番号 |  |

※　実習終了後、大学から実習先までの１往復分の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してください。

※　申込書には、学生証の写しを添付してください。