様式第１号

令和元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　 出身高校

住　所：〒

連絡先(電話番号)

（PCアドレス）

（携帯アドレス）

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 |
| 希望診療科や体験したいことをご記入ください。 |  |

※期間は、連続する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、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。