

へき地医療拠点病院体験活動申込書

		受付番号		(記入しないでください。)	
フリガナ				写 真 (縦4cm×横3cm) 上半身、無帽、正面 向きで本人であると 確認できる写真を 貼ってください。	
氏 名					
生年月日	年	月	日生(歳)		
現住所	〒 _____		電話 () - () - ()	携帯 () - () - ()	
本人不在時の 連絡先	〒 _____		電話 () - () - ()	携帯 () - () - ()	
			連絡者氏名 _____		
出身高等学校等 (出願資格)	都道府県	国立 公立 私立	高等学校 中等教育学校 学 校	卒 業 年 月 卒業見込	
履 歴	年 月	都道府県	小学校 卒業		
	年 月	都道府県	中学校 卒業		
	年 月	都道府県	学校 卒業・卒業見込		
	年 月				
	年 月				
	年 月				
へき地医療 拠点病院	第1希望				
	第2希望				
	第3希望				

- (注) 1. 履歴は小学校卒業から現在までを漏れなく記入してください。(自宅学習期間は「自宅学習」と明記してください。)
2. 休学期間があればその期間を記入してください。
3. へき地医療拠点病院体験活動を受けていなければ、地域枠への出願はできません。
4. 生年月日等は西暦で記載してください。