

平成29年度 夏季被災地域医療体験実習申請書

実習期間：平成29年8月6日～8月9日

応募日：平成 年 月 日

1. 参加者名	(フリガナ)	
2. 性別	→ <input type="checkbox"/> 男性	→ <input type="checkbox"/> 女性
3. 大学名		
4. 学年	医学科()年生	
5. 現住所 (連絡先等)	〒	
	電話番号：	
	mail-address：	
6. 参加希望理由 (参加にあたり望むことなども併せて自由に記載してください)		

《お問い合わせ先》

東北大学病院 研修研修センター

担当：総務課臨床研修係 西濱

Tel：022-717-7765 E-mail：hos-sotu@grp.tohoku.ac.jp