

# 被災地域医療体験実習申請書

応募日: 令和 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	〒
	TEL:
	E-mail :
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ください)	

《お問い合わせ》

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