

夏期へき地医療研修 参加申込書

令和元年度 夏期へき地医療研修への参加を申し込みます。

「*」の項目は入力必須

(ふりがな)*		年 齢	
氏 名*		性 別	
出身都道府県名*			
現 住 所*	〒		
連 絡 先 住 所*	〒		
連絡先電話番号*			
メールアドレス (携帯・スマホ以外)*			
学 校 名*			
学 部 ・ 学 科 等*		学 年	
希望する研修地 (第2希望までご記入ください)*	第1希望		※希望どおりの研修地 とならない場合がありますが ご了解ください。
	第2希望		
希望する日程 (第2希望までご記入ください)*	第1希望	令和元年 月 日() ~ 月 日()	※希望どおりの研修日 とならない場合がありますが ご了解ください。
	第2希望	令和元年 月 日() ~ 月 日()	
利用する交通手段*	公共交通機関 ・ 自家用車 ・ その他()		
優先する事項*	研修地 ・ 研修期間 ・ その他()		
この研修に 期待すること*			
その他連絡欄			

※参加される方には「傷害保険」に加入していただきます。
なお、保険加入費用については奈良県が負担します。