

夏期へき地医療研修 参加申込書

令和5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1希望*		※希望どおりの研修地 とまらない場合があります。 ※希望どおりの研修日 とまらない場合があります。 ※希望どおりの研修日 とまらない場合があります。
	第2希望*		
	第3希望*		
希望する日程	第1希望*	令和 年 月 日() ~ 月 日()	※希望どおりの研修日 とまらない場合があります。 ※希望どおりの研修日 とまらない場合があります。
	第2希望*	令和 年 月 日() ~ 月 日()	
	第3希望*	令和 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。