

医学生スプリングセミナーin 鳥取2023 参加申込書

ふりがな				性別	男性
氏名					女性
大学名	大学			学年	年
現住所	※研修内容の調整等のため、県庁または研修受入先医療機関から連絡がありますので御承知ください。 〒 — 住 所： 自 宅 電 話： 携 帯 電 話：				
春季休業中の連絡先	※帰省等で現住所（上記）と連絡先が異なる場合は、記入してください。 〒 — 住 所： 電 話： （連絡先変更期間： 月 日～ 月 日）				
電子メールアドレス	@				
	※原則、パソコンで見られるアドレスを記載してください。判別しにくい文字にはフリガナを記載してください。 （例）qと9、o（オー）と0（ゼロ）、-（ハイフン）と_（アンダーバー）等				
研 修 希 望 内 容 ※必ず第3希望まで記載してください。	希望順位	研修希望日	医 療 機 関 名	見学希望診療科など	
	第1希望	月 日（ ）			
	第2希望	月 日（ ）			
	第3希望	月 日（ ）			
鳥取県内における宿泊場所 （県外大学生のみ記載してください）			<input type="checkbox"/> 実家 <input type="checkbox"/> ホテル等の宿泊施設		
その他、連絡 事項等あれば 記載してくだ さい					

※具体的な見学内容等については、研修先医療機関決定後に個別に調整いただきます。

※本書に記載いただいた個人情報は、統計的な利用、鳥取県からの情報提供及び研修実施に当たっての各医療機関からの連絡以外の用途には使用しません。

《 申 込 先 》

〒680-8570 鳥取県鳥取市東町1-220
 鳥取県 福祉保健部 健康医療局 医療政策課 医療人材確保室
 （担当：濱崎、田中）
 電 話：0857-26-7195
 ファクシリ：0857-21-3048
 Eメール：ishikakuho@pref.tottori.lg.jp

【記載例】医学生スプリングセミナーin 鳥取2023 参加申込書

ふりがな	とっとり いちろう			性別	男性 女性
氏名	鳥取 一郎				
大学名	〇〇〇 大学			学年	3年
現住所	<p>※研修内容の調整等のため、県庁または研修受入先医療機関から連絡がありますので御承知ください。</p> <p>〒680-8570 住 所： 鳥取県鳥取市東町1-220 自 宅 電 話： 0857-26-7204 携 帯 電 話： 090-□□□□-□□□□</p>				
春季休業中の連絡先	<p>※帰省等で現住所（上記）と連絡先が異なる場合は、記入してください。</p> <p>〒〇〇〇-〇〇〇〇 住 所： 〇〇県〇〇市〇〇町××× 電 話： 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇 (連絡先変更期間：3月1日 ~ 3月31日)</p>				
電子メールアドレス	<p>ishikakuho@pref.tottori.lg.jp</p> <p>※原則、パソコンで見られるアドレスを記載してください。判別しにくい文字にはフリガナを記載してください。 (例) qと9、o(オー)と0(ゼロ)、-(ハイフン)と_(アンダーバー)等</p>				
研修希望内容	希望順位	研修希望日	医療機関名	見学希望診療科など	
	第1希望	3月 6日(月)	〇〇病院	……科、または……科	
	※必ず第3希望まで記載してください。	第2希望	3月 16日(木)	△△△診療所	……科
	第3希望	3月 17日(金)	□□□病院 (又は●●クリニック)	……科	
鳥取県内における宿泊場所 (県外大学生のみ記載してください)			<input checked="" type="checkbox"/> 実家 <input type="checkbox"/> ホテル等の宿泊施設		
その他、連絡事項等あれば記載してください					

※具体的な見学内容等については、研修先医療機関決定後に個別に調整いただきます。

※本書に記載いただいた個人情報は、統計的な利用、鳥取県からの情報提供及び研修実施に当たっての各医療機関からの連絡以外の用途には使用しません。

《 申 込 先 》

〒680-8570 鳥取県鳥取市東町1-220
鳥取県 福祉保健部 健康医療局 医療政策課 医療人材確保室
(担当：濱崎、田中)
電 話：0857-26-7195
ファクシミリ：0857-21-3048
Eメール：ishikakuho@pref.tottori.lg.jp