|  |
| --- |
| 送　付　先F A X ： ０２３-６３０-２３０１E-mail ： ishikakuho@pref.yamagata.jp山形県健康福祉部医療政策課　地域医療支援室　あて(添書不要)地域医療実習参加申込書 |
| 氏　　　　名 | フリガナ |  |
| 男・女 |
| 大学名 | 大学　　　　　　　年  |
| 出身高校名 | 高等学校 |
| 現　住　所 | 〒　　　－ |
| 帰省先住所 | 〒　　　－ |
| 連絡先 | 携帯電話 |  |
| E-mail |  |
| 実習希望地域(○印をつけて下さい) | 　　　　 　　　　　村山地域　・　最上地域**第１希望**　　　　　　　　　　 置賜地域　・　庄内地域 |
| 　　　　 　　　　　村山地域　・　最上地域**第２希望**　　　　　　　　　　 置賜地域　・　庄内地域 |
| 　　　　　　　　　　　　　 村山地域　・　最上地域**第３希望**　　　　　　　　　　　　　 置賜地域　・　庄内地域 |
| 村山地域　・　最上地域**第４希望**　　　　　　　　　　　　　 置賜地域　・　庄内地域 |
| 新型コロナワクチン接種状況 | □ 接種した（　　　　　回）　　□ 接種していない |