

へき地医療拠点病院体験活動申込書

			受 付 番 号		(記入しないでください。)	
フリガナ					写 真 (縦 4 cm × 横 3 cm) 上半身, 無帽, 正面向きで本人であると確認できる写真を貼ってください。	
氏 名	男 女					
生 年 月 日	年 月 日生 (歳)					
現 住 所	〒 —		電話 () — () — () 携帯 () — () — () E-mail :			
本人不在時の 連 絡 先	〒 —		電話 () — () — () 携帯 () — () — () 連絡者氏名 _____			
出身高等学校等	都道府県	国立 公立 私立	高等学校 中等教育学校 学 校	年 月 卒業 卒業見込		
履 歴	年 月	都道府県 小学校 卒業				
	年 月	都道府県 中学校 卒業				
	年 月	都道府県 学校 卒業・卒業見込				
	年 月					
	年 月					
	年 月					
	年 月					
へき地医療 拠 点 病 院	第 1 希望					
	第 2 希望					
	第 3 希望					

(注) 1. 履歴は小学校卒業から現在までを漏れなく記入してください。(自宅学習期間は「自宅学習」と明記してください。)

2. 休学期間があればその期間を記入してください。

3. へき地医療拠点病院体験活動を受けていなければ、地域枠への出願はできません。

4. 令和 6 年（2024 年）8 月にへき地医療拠点病院体験活動を受けた者は、申し込む必要はありません。

5. 生年月日等は西暦で記載してください。