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 | 男性女性 |
| 氏名 |  |
| 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） | * 実家　　　　　　□ 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：濱﨑、田中）電 話：０８５７－２６－７１９５ﾌｧｸｼﾐﾘ：０８５７－２１－３０４８Ｅ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 | ○○○ 大学 | 学年 | ３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。〒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－□□□□－□□□□ |
| 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：　○○県○○市○○町×××電話：　○○○○－○○－○○○○（連絡先変更期間：３月１日　～　３月３１日） |
| 電子メールアドレス | 　ｉｓｈｉｋａｋｕｈ＠ｐｒｅｆ．ｔｔｔｒｉ．ｇ．ｊｐ |
| ※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 | ３月　 ６日（ 月 ） | ○○病院 | ･････科、または･････科 |
| 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） | ■ 実家　　　　　　□ 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：濱﨑、田中）電 話：０８５７－２６－７１９５ﾌｧｸｼﾐﾘ：０８５７－２１－３０４８Ｅﾒｰﾙ：ishikakuho@pref.tottori.lg.jp |