

# 令和5年度 医学生地域医療ガイダンス参加申込書

ふりがな		大学名		年
氏名		学年		
住所	〒			
生年月日		年齢		血液型
電話番号		緊急連絡先		
メールアドレス				
【希望する地域、病院など】 ※受入人数等により希望に沿えない場合もあります。				
地域、病院名				
理由など				
【過去に実習等に参加した経験のある施設等】				
平成・令和（ ）年度	施設等名			
平成・令和（ ）年度	施設等名			
<p>今回、地域医療ガイダンスへ参加しようと思った動機や宮崎県の地域医療について思っていること、今後自分がどう地域医療に関わりたいかなど自由に記入してください。</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>				

☆ともだちの輪システム☆

宮崎大学や他大学のご友人の医学生と、一緒のエリアで地域医療ガイダンスに参加することができます。(最大2名まで)こちらからご連絡しますので、下記にご記入ください。

氏名	大学名	住所	メールアドレス	出身高校

※今回登録する上記の個人情報は、宮崎県医師確保対策推進協議会事務局(宮崎県医療政策課)及び宮崎大学医学部地域医療・総合診療医学講座で共有し、本ガイダンスを含む活動目的以外には使用しません。