

送 付 先

F A X : 023-630-2301

E-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)	<input type="checkbox"/> 第1希望	村山地域 ・ 最上地域 置賜地域 ・ 庄内地域
	<input type="checkbox"/> 第2希望	村山地域 ・ 最上地域 置賜地域 ・ 庄内地域
	<input type="checkbox"/> 第3希望	村山地域 ・ 最上地域 置賜地域 ・ 庄内地域
	<input type="checkbox"/> 第4希望	村山地域 ・ 最上地域 置賜地域 ・ 庄内地域
新型コロナワクチン 接種状況	<input type="checkbox"/> 接種した (回) <input type="checkbox"/> 接種していない	