|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 送　付　先  F A X ： ０２３-６３０-２３０１  E-mail ： [ishikakuho@pref.yamagata.jp](mailto: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 | |