

# 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<br>(○印をつけて下さい) | <b>第1希望</b>   | 村山地域 ・ 最上地域<br>置賜地域 ・ 庄内地域 |
|                       | <b>第2希望</b>   | 村山地域 ・ 最上地域<br>置賜地域 ・ 庄内地域 |
|                       | <b>第3希望</b>   | 村山地域 ・ 最上地域<br>置賜地域 ・ 庄内地域 |
|                       | <b>第4希望</b>   | 村山地域 ・ 最上地域<br>置賜地域 ・ 庄内地域 |
| 新型コロナワクチン<br>接種状況     | <input type="checkbox"/> 接種した <input type="checkbox"/> 接種していない<br>※接種した新型コロナワクチン<br><input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>ワクチンの必要接種回数( 回)<br>接種した日付: 1回目 ( 月 日) 2回目 ( 月 日) ※予定の場合 その日付を記入 |                            |