

臨床実習（中国医科大学）参加申込書（再募集）

年 月 日

ふりがな 氏名		性別		写真 (3.5 cm x 4.5 cm)
	(年 月 日生)	年齢		
氏名の ローマ字表記	(パスポートと同じ表記で記載してください)			
住所				
電話・FAX	電話：	FAX：		
携帯電話				
メールアドレス	携帯： _____ PC： _____ ※連絡に使用しますので、正確に読みやすく記入してください。			
パスポート	有・無 ※日本国籍でない方は申し出てください			
海外旅行	海外旅行は：初めて・行ったことがある (国： _____) (期間： _____ 日間)			
	中国は：初めて・行ったことがある (場所： _____) (期間： _____ 日間)			
受講希望の科	第1希望： _____ 第2希望： _____ 第3希望： _____ 第4希望： _____ ■「消化器内科」「内分泌科」「呼吸器内科」「腫瘍内科」「神経内科」「皮膚病・性病科」「精神医学科」 「小児科」「リハビリテーション科」「心臓外科」「整形外科」「神経外科」「腫瘍外科」「麻酔科」 「産婦人科」「泌尿器科」「耳鼻咽喉科」「眼科」から希望する科目を記載。			
志望の動機	この実習で何を学びたいですか。			
	受講科目を選択（希望）した理由は何ですか。			
	この実習で得たものを、どう生かしていこうと思っっていますか。			
語学に関する資格				
その他				

※ 提出期限： 令和6年9月30日（月）

※ 提出先： 事務局経営企画課主査（国際・学術交流）高橋 優 内線（21660）※大学管理棟4階