

# 平成29年度山梨県臨床研修病院合同サマーキャンプ 参加申込書

私は、平成29年度山梨県臨床研修病院合同サマーキャンプに参加したいので申し込みます。

フリガナ 氏名		性別 男・女	生年月日	S ・ H	年 月 日
現住所	〒                      -				
電話番号等 連絡先	自宅電話番号	-	-	-	-
	携帯電話番号	-	-	-	-
メールアドレス	E-mail:				
出身地	都・道・府・県			市・町・村	
大学・学校名			学年	年	
宿泊の有無	(県外学生のみ)    ・宿泊する                      ・宿泊しない(実家等に泊まる。)				
見学希望病院	<p>■見学を希望する病院(1病院)に○をしてください。 ※1日目の合同説明会開催後に見学先を変更することは可能です。</p> <p>・山梨大学医学部附属病院    ・山梨県立中央病院    ・市立甲府病院</p> <p>・甲府共立病院    ・山梨赤十字病院</p>				

※ ご記入いただいた個人情報は当該事業以外の目的には使用いたしませんのでご了承願います。