

平成26年 月 日

サマーキャンプ 参加申込書

私は、山梨県立病院機構が実施する医学生対象のサマーキャンプに参加したいので申し込みます。

平成26年8月20日(水)午後1時 ~ 22日(金)正午

フリガナ 氏名		性別	生年月日	S ・ H	年	月	日
		男・女					
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			
その他	※見学を希望する診療科等をご記入ください。						

※ ご記入いただいた個人情報は山梨県立中央病院において厳重に管理いたします。