臨床実習（中国医科大学）参加申込書

年　月　日

ふりがな 氏　　名		性別		写真 (3.5㎝x 4.5㎝)
	（　　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ていますか。			
語学に関する 資　　格				
そ　の　他	カルフォルニア大学の臨床実習も希望しますか。 はい・いいえ（どちらかに〇をつけてください）			

※　提出期限：　令和６年７月３日（水）

※　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