

## 臨床実習（米国カリフォルニア大学サンフランシスコ校）参加申込書

年 月 日

ふりがな 氏名	性別		写真 (3.5 cm x 4.5 cm)
	年齢		
( 年 月 日生)			
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)		
	米国は：初めて・行ったことがある (場所： _____) (期間： _____ 日間)		
志望の動機	この実習で何を学びたいですか。		
	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	この実習は、 <u>整形外科</u> の実習です。 ※中国医科大学も希望しますか。 はい or いいえ (どちらかに○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 内線 (21660) ※大学管理棟4階