

クリニカル・クラークシップ(医学部生臨床実習)申込書

年 月 日

君津中央病院長 様

私は、下記事項を承諾し貴院での臨床実習を申し込みます。

記

1. 君津中央病院の定める諸規則等を遵守し、実習指導者の指示に従わなければならない。
2. 臨床実習中は事故防止に努め、万一事故が発生した場合は、その都度君津中央病院と協議の上処理するものとする。

申込者

フリカ`ナ 氏 名	印	生年月日	年 月 日(才)
住 所			
電 話 番 号	( ) -		
年	月	学 歴(高等学校から最新のものまで)	
実習診療科			
実習期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
志望動機			