

## 聖路加国際病院 クリニカルクラークシップ申込書

<b>ふりがな</b>		<b>学生証のコピーを貼付してください</b>  <small>※氏名・顔写真が記載されている面を貼付すること</small>  <small>※証明印(学長印・総長印等)が裏面にある場合、裏面のコピーを別添すること</small>
<b>氏名</b>		
<b>学校</b>		
<b>学年</b> <small>※実習開始日時点</small>		
<b>1</b>	<b>実習科</b>	
	<b>期間</b>	年 月 日( ) ~ 年 月 日( )
<b>2</b>	<b>実習科</b> <small>※2科以上の場合のみ記入</small>	
	<b>期間</b> <small>※2科以上の場合のみ記入</small>	年 月 日( ) ~ 年 月 日( )
<b>3</b>	<b>実習科</b> <small>※3科以上の場合のみ記入</small>	
	<b>期間</b> <small>※3科以上の場合のみ記入</small>	年 月 日( ) ~ 年 月 日( )
<b>4</b>	<b>実習科</b> <small>※4科以上の場合のみ記入</small>	
	<b>期間</b> <small>※4科以上の場合のみ記入</small>	年 月 日( ) ~ 年 月 日( )
<b>実習で学びたいこと・要望</b>		
<b>現時点での志望科・専門分野</b>		
<b>当院見学歴</b> <small>※ある方は、科を記入</small>		
<b>学校規定の評価票</b>		あり ・ なし

今後、採用試験等に関するお知らせをご案内する場合がございます。希望しない場合は右にチェックを入れてください。

上記のとおりクリニカルクラークシップを申し込みます。

年 月 日 署名

教育センター	院長