

闘魂外来・闘魂前夜祭 in 松江生協病院 参加申し込み書

大学名：	学年：	出身地：
(ふりがな)		
氏名：		
携帯電話番号：		
E-mail：		
<input type="checkbox"/> 2日間参加希望	<input type="checkbox"/> 前夜祭のみ参加(懇親会は出席・欠席)	<input type="checkbox"/> 闘魂外来のみ参加
参加希望動機		
将来の研修先について		
現時点での希望研修先は		
1、 <input type="checkbox"/> 島根県内 <input type="checkbox"/> 島根県外 <input type="checkbox"/> 未定		
2、 <input type="checkbox"/> 大学病院 <input type="checkbox"/> 市中病院 <input type="checkbox"/> 未定		

<申込み先>

〒690-8522

島根県松江市西津田 8-8-8

松江生協病院 秘書課 医学生担当：藤原まで

E-mail : igakutai@matsue-seikyo.jp

FAX : 0852-26-4104

※申込み締切 7月8日(土)まで