

# 情報登録シート

<b>選 択</b>	送付してもよい案内に ○をして下さい。	案 内 の 項 目
		①医師や県が実施する医師確保施策（臨床・後期研修、県職員としての採用等）に関する情報（和歌山県からの送付）
		②医師臨床研修の医療機関情報（各臨床研修指定病院からの送付）
ご 本 人 様 に つ い て	ご 氏 名	
	学 校 名 学 年	年
	メールアドレス	
	ご 住 所  T E L	〒  TEL
帰 省 先 等 に つ い て	ご 氏 名  (続 柄)	*ご父兄の氏名等、郵便物が届くお名前をお書き下さい。
	ご 住 所  T E L	〒  TEL
	*その他ご意見や要望等どんなことでも結構ですのでお聞かせ下さい。	