令和　　　　年　　　月　　　日

高知県健康政策部保健政策課長　　様

住　所　〒

氏　名

電話番号

高知県保健師確保インターンシップ事業参加申込書

　つぎのとおり、高知県保健師確保インターンシップ事業に参加したいので申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 大 学 名（所属） | 　　　　　　　　大学　　　　　学部　　　　　学科　 年生 （　　　　　　　　　研究室　） |
| 生年月日（年齢） | 昭和 ・ 平成　　年　　月　　日（　　歳） | 性別 | 男 ・ 女 |
| 連絡可能な電話番号及び電子メールアドレス | 電話番号：メールアドレス： |
| 帰省先等連絡先（申込者に連絡がとれない場合の連絡先について記載） | 住　所　〒電話番号 |
| 研修を希望するコース（①中央東圏域コース、②須崎圏域コース、③幡多圏域コース）を選択し、希望する順位を記載すること（希望がない場合は記載しない） |
| 第１希望：第２希望：第３希望： |
| 研修を受けたい業務内容 |
|  |
| 参加の動機 |
|  |