**エントリーシート**

※文字は正確にご記入ください。

**受付時に1枚ご提出をしていただきます。**

**病院ブースに訪問する際に、お渡しください。**

**(病院訪問ごとに必要となりますので、必要枚数を印刷してお持ちください。)**

**2024年2月11日（日）**

|  |  |
| --- | --- |
| **区　　　　分** | **医学生・臨床研修医・その他(　　　　　　　　　　　　　)** |
| **フリガナ** |  |
| **氏名** |  |
| **大学名又は勤務先** |  |
| **学年又は勤務年数** |  |
| **現住所** | **〒** |
|  |
| **電　話　番　号** | **－　　　　　　　－** |
| **E-mailアドレス** | **＠** |
| **出　身　高　校** | **長野県内　　・　　長野県外** |
| **●ご記入欄（自己PR、勤務条件、必要とする情報等について、ご自由に記載してください）** |

※記載いただいた個人情報は、この説明会の開催結果分析、長野県及びシートを提出した病院からの医療情報や臨床研修情報等の提供に必要な範囲でのみ使用し、他の目的には一切使用しません。