

しまね地域医療支援センター登録申込書

センター登録番号

令和 年 月 日

しまね地域医療支援センター理事長 様
島根県知事 様

私は、しまね地域医療支援センターへの登録を申し込みます。

ふりがな			性別
氏名			男・女
生年月日		昭和・平成 年 月 日 (歳)	
連絡先	住所	〒 -	
	電話番号		
	E-mail	PC : 携帯 :	
大学		(年生)	
入学校		島大 ・ 地域枠 ・ 緊急医師確保枠 ・ 県内定着枠 ・ 学土地域枠 ・ 一般枠 鳥大 ・ 島根県枠 ・ 一般枠 その他 ()	
奨学金受給の有無		有 ・ 島根県「医学生地域医療奨学金」 ・ 島根県「緊急医師確保対策枠奨学金」 ・ 島根県「しまね医学生特別奨学金」 ・ 島根県「特定診療科医師緊急養成奨学金」 ・ その他 () 無	
自由記載 (将来の希望診療科や 希望勤務先など)			

この情報は、「一般社団法人しまね地域医療支援センター個人情報保護規程」に基づき適切に管理し、キャリア形成支援・情報提供・奨学金管理事務以外の目的には使用いたしません。

なお、当センターが収集した情報は、登録者のキャリア形成支援の目的の範囲内で、登録者が所属する医療機関等の関係機関へ提供することがあります。