**2019年度　新潟大学医学部クリニカルクラークシッププログラム**

 **英国レスター大学**

**申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| **氏名** |  |
| **性別** | **M　　F** |
| **学籍番号** |  |
| **住所** |  |
| **電話番号** | **( ) -**  |
| **E-mail Address** | **@** |
| **希望する科** |  |

**上記のことに相違ありません。**

**私は、上記プログラムに参加が決定した際、必ずそのプログラムに参加することを誓います。**

 **署名　　　　　　　　 　　　 　　日付**