



年		月	免許・資格
昭和			
平成			
令和			
昭和			
平成			
令和			
特技			

医療機関での学生実習の経験を通して、感じたことを記載してください。

医療機関の見学経験の有無

有・無

高知医療センターの見学の経験の有無

有・無

医療機関を見学した感想等、又は、当院での研修に期待すること等

休日の過ごし方や、ストレス解消法、趣味を記載してください。

その他記入したいことがあればご記入ください。