|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **사 진**  3개월 이내에 촬영한  반명함판 (3.5\*4.5㎝) | **성**  **명** | **한 글** |  | **생년월일** |  | | **성별** | | **남** |
| **한 자** |  | **주민등록번호** |  | | | | |
| **학교주소** | |  | | | **출신학교(재학중)** | |  | |
| **현주소** | |  | | | **전 화** | |  | |
| **긴급연락처** | |  | | | **휴대폰**  **(호출기)** | |  | |

서울대병원 임상실습학생 실습참가 신상명세서 양식입니다