　　　年　　　月　　　日

病　院　見　学　申　込　書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 男　・　女 | 生年月日 | 昭和  平成 | 年　　　月　　　日 | |
| 申込者氏名 |  |
| 住　　所 | 〒 | | | 電話：（日中連絡のつく電話を記載のこと）  （　　　　　　　　）　　　　　　― | | | |
| E-Mail  　　　　　　　　　　　　　＠ | | | |
| 在学校名  （出身大学） |  | | | 卒業年  （卒業予定年） | | | 年 |
| 出身地 | 都 ・ 道 ・ 府 ・ 県　　　　　　　　　　　　　区 ・ 市 | | | | | | |
| 見学希望日 | 第1希望：　　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　曜日）  第2希望：　　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　曜日） | | | | | | |
| 具体的な  見学希望  ・  内　　容 | ■　見学を希望する診療科：（　　　　　　　　　　　　　　　）科  ■　研修医と同行し、実際の研修風景の見学を希望しますか。：（　する　・　しない　）  　　　※事情により同行できない場合もありますので、ご了承ください。 | | | | | | |

見学を希望する診療科と日程を調整のうえ、事務担当者から連絡いたします。

* 申込書の送付先

　〒432-8580　　　静岡県中区富塚町328

　　　　　　　　　　　　　　　　浜松医療センター　総務課　人事係

　　　　　　　　　　　　　　　　病院見学担当　宛

　　　　　　　　　　　　　 FAX：053-451-2766　　　E-Mail：jinji@hmedc.or.jp