病院見学申込書

下記項目をご記入のうえ、メール申し込みをしてください。

折り返し担当者よりご連絡いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 |  |
| 氏　名 |  | 年齢 |  |
| 所　属 |  | 学年 |  |
| 連絡先 | 住所：〒 | | |
| 電話(携帯)： | | |
| Mail： | | |
| 見学希望日 | 第１希望：令和　　年　　月　　日( ) ～ 令和　　年　　月　　日( )  第2希望：令和　　年　　月　　日( ) ～ 令和　　年　　月　　日( ) | | |
| 見学内容希望 | 〇診療科  〇内容（外来・病棟・手術・救急・研修医の様子など）  〇施設（院内、宿舎等） | | |
| 見学理由 |  | | |
| その他要望等 |  | | |

［送付先］

大田市立病院　臨床研修推進室

kensyuu@ohda-hp.ohda.shimane.jp