下関市立市民病院　病院見学申込書（初期臨床研修）

申込日　（西暦）　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | |
| 氏名 |  | | | |
| 生年月日 | （西暦）　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | 性別 | 男性　　・　　女性 |
| 大学名・学年 | 既卒の場合は卒業大学名・卒業年  年 | | | |
| 住所 | （〒　　　　　　－　　　　　　　　） | | | |
| 最寄駅名 |  | | | |
| 帰省先（出身地） | 現住所と帰省先（出身地）が違う場合、帰省先（出身地）の都道府県・市町村をご記入ください。 | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | |
| メールアドレス | | | |
| 見学希望日  ※1 | 第1希望 | （西暦）　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | |
| 第2希望 | （西暦）　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | |
| 第3希望 | （西暦）　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | |
| 見学希望診療科  ※2 | 第1希望 | 終日　　・　　半日 | | |
| 第2希望 | 終日　　・　　半日 | | |
| 第3希望 | 終日　　・　　半日 | | |
| 具体的な見学内容のご希望があればご記入ください。 | | | |
| その他、見学に関してのご希望、ご質問があればご記入ください。 | | | | |

※1：土日、祝日、年末年始は病院見学を受け付けておりません。

※2：1日に2診療科まで見学可能ですが、診療科の都合などにより受け入れができない場合があります。