

# 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  <span style="float: right;">年</span>		
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。