**見　学　申　込　書**

年　　　　月　　　　日

公立みつぎ総合病院　宛

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな氏　名 |  |
|  |
| 生年月日 |  |
| 性別 | 男　　　・　　　　女 |
| 大学名 | 　　　大学　　　　　　年（令和　　年　　月　卒業見込み・　既卒　） |
| 現住所 | 〒　　　－　　ＴＥＬ（　　　）　　―携　帯（　　　）　　― |
| 帰省先 | 〒　　　－　　ＴＥＬ（　　　）　　―携　帯（　　　）　　― |
| メールアドレス | 　 |
| 見学希望日（土・日・祝日除く） | * 1日コース　　　月　　　日（　　）
* 2日コース　　　月　　　日（　　）
 |
| 見学にあたり希望すること |  |
| 来院方法 |  |
| 宿泊希望 | 希望する・希望しない　　　月　　　日（　　）～　　月　　日（　　）　：　　泊 |

ご記入いただきました個人情報につきましては、当院の臨床研修に係る事項のみで利用させて頂き

第三者に提供することもございません。

公立みつぎ総合病院　総務課　医局庶務係　宛

〒722-0393　広島県尾道市御調町市124番地

Ｅ－ｍａｉｌ：mcw124@poppy.ocn.ne.jp

FＡＸ　：（0848）76-3002