

病院見学申込書〈学生用〉

年 月 日

氏名（フリガナ） ※フリガナ必須		性別	男・女
在学大学、年次	大学 医・歯 学部 3・4・5・6年		
研修希望年度	年 4 月より		
連絡先 (メールアドレスは誤送信を防ぐため判別しやすい記入をお願いします)	住所：〒 Tel： 携帯〈必須〉： Fax： E-mail 〈必須〉：		
見学を希望する科 (複数見学可、但し 1 日あたり原則 1 科まで) 複数記入の場合、希望順位とその内いくつの科を見学希望かも明記して下さい	総合診療科、腎臓内科、呼吸器内科、血液内科、脳神経内科、 糖尿病・内分泌内科、循環器内科、消化器内科、感染症内科、小児科、外科、 形成外科、整形外科、脳神経外科、心臓血管外科、皮膚科、泌尿器科、 産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線診断科、放射線治療科、 精神科、麻酔科、救命救急センター（夜間も希望される場合にはご相談ください） 口腔外科、臨床検査科、病理診断科 第一希望： 第二希望： 第三希望： (その内見学希望： 個)		
見学可能な（希望）期間 ※必ず 2 日以上希望日を記入してください。	① 月 日 ～ 月 日 ② 月 日 ～ 月 日 ③ 月 日 ～ 月 日		
その他希望事項 (初期研修医のお話を伺いたい、等)			
当院の情報をどのように知りましたか？	☐ 当院 HP ☐ レジデントナビ ☐ その他： ☐ 紹介		

注 1) 必要事項を記入の上 FAX あるいはメール添付にてお申込下さい。

注 2) 連絡を円滑にするため、必ず E-Mail アドレスの御記入をお願い致します。

注 3) ご提供いただいた個人情報は、病院見学に関する業務以外には使用いたしません。

提出先： 独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター職員研修部

E-mail : 408-kenshubu@mail.hosp.go.jp Fax : (06) 6943-6467