

病院見学申込書〈研修医用〉

年 月 日

氏名（フリガナ） ※フリガナ必須			性別	男・女
研修病院	病院 1・2年			
研修希望年度	年 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) <u>複数記入の場合、希望順位とその内い</u> <u>くつの科を見学希望かも明記して下さい</u>	総合診療科・腎臓内科・呼吸器内科・血液内科・脳卒中内科・ 糖尿病内科、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、総合救急部（日中見学・夜間見学）、臨床検査科、 口腔外科 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 (質問等がございましたらご記入下さい)				
当院の情報をどのように知りましたか？	☐ インターネット (☐ 当院 HP ☐ レジデントナビ ☐ その他：) ☐ 紹介 (☐ 教員 ☐ 先輩 ☐ 友人 ☐ その他：) ☐ 合同説明会 (☐ 会場名：)			

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。

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