病院見学申込書〈研修医用〉

年　　月　　日

氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ） ※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） **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、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（日中三次救急のみ）、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日以上の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