

慈恵医大第三病院 初期臨床研修 病院見学申込書

この度は当院見学のご希望を賜り、誠にありがとうございます。

下記フォームにご記入の上、FAX いただければ、すぐに折り返しご連絡させていただきます。

またフォーム内容をメールアドレスに記載してお送りいただくか、お電話でもお受付しています。

どうぞお気軽にお申込みください。

研修管理事務局 担当：日塔^{にっとう}

TEL：03-3480-1151

FAX：03-3480-5700

Email：daisankensyu@jikei.ac.jp

1. 申込者氏名等

ふりがな
氏名：_____

大学名：_____ 大学 _____ 年生 ・ H _____ 年卒業

連絡先：_____ (携帯電話等)

2. 見学希望日時

ご見学は希望にあわせて1日～数日間でも可能です。できれば第3希望までご記入ください。
診療科との日時調整の都合上、できれば見学希望日の2週間前にはお申込みいただけますと
ありがたく存じます。(急な見学のご希望の際には、まずはお電話ください)

第1希望：_____ 月 _____ 日 ～ _____ 月 _____ 日の _____ 日間

第2希望：_____ 月 _____ 日 ～ _____ 月 _____ 日の _____ 日間

第3希望：_____ 月 _____ 日 ～ _____ 月 _____ 日の _____ 日間

3. 見学希望診療科・ご要望等

ご見学されたい診療科、その他ご要望などございましたら自由にご記入ください。

また研修プログラム全体の説明(約30分)、院内施設見学(約30分)のご要望があれば下記

ボックスにチェックをお願いします。

【自由記載欄】

研修プログラムの説明を希望します

院内施設見学を希望します