福島県立医科大学会津医療センター　見学申込書

**恐れ入りますが、下記についてご記入下さい。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本情報 | ふりがな |  | | 性別 | 男　　　女 | |
| 氏　名 |  | |
| メール |  | | 電話 |  | |
| 現住所 | 〒 | | | | |
| 見学  希望  日時 | 第１希望 | 年　　月　　日（　） | | | 時　～　　時 |
| 第２希望 | 年　　月　　日（　） | | | 時　～　　時 |
| 第３希望 | 年　　月　　日（　） | | | 時　～　　時 |
| 見学希望  科・部門 |  | | | | |
| 見学希望  内容詳細 |  | | | | |
| 備　考 | **※既に打診なさっている部署、職員等がございましたらこちらに記載願います。** | | | | |

**※以下、差し支えない範囲でご記入いただけますと幸いです。**

**【学生・研修医の方】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学校について | 学校名 |  |
| 在学中 | 現　　　　　年生 |
| 既　卒 | 年　　　　　月卒 |
| 現勤務先 | 病院名 |  |
| 科・部門名 |  |

**【学生・研修医以外の方】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 現勤務先 | 病院・会社名 |  |
| 科・部門名 |  |
| 見学  同行者 | **※申込者のほかに見学希望者がいる場合には、所属と氏名をこちらに列記願います。** | |