島根県立中央病院見学申込書（医学生用）

申込日　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 | （　男　・　女　） |
| 在籍大学名 |  |
| 学年 | 年 |
| 見学希望日 | 年　　　月　　　日（～　　日間） |
| 見学希望診療科  （手術・検査・外来・病棟業務など具体的な希望があれば記入下さい） |  |
|  |
|  |
| 質問等を記入下さい |  |
| 中央病院からの臨床研修に関するお知らせ等以外には使用しません | 電話 |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |
| 🏣  住所 |

以下は記入不要です

|  |
| --- |
| 診療科部長コメント |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 臨床教育・研修支援センター  センター長　印 | 臨床教育・研修支援センター  センター長補佐印 | 医療局長　印 | 診療科部長　印 | 臨床教育・研修支援  センター受付 |
|  |  |  |  | 月　　日 |