島根県立中央病院　臨床教育・研修支援センター　宛

ｆａｘ：0853-30-6437

mail：kenshuc@spch.izumo.shimane.jp

令和７年度 第1回

島根県立中央病院説明会申込書

申込日　令和　7年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 在籍大学名 |  |
| 学年 |  |
| 連絡先 | 電話 |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |
| 🏣住所  |
| 質問等記入下さい |  |
|  |
|  |

* 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

交通費・宿泊費の助成があります。お問合せ下さい。

* 当日発熱、風邪症状のある方は参加を控えていただく場合があります。

何卒ご理解いただきますようお願いいたします。