**１日体験研修（病院見学）申込書**

令和　　　年　　　月　　　日

　　国立病院機構　鹿児島医療センター

　　　　　　　　院長　　田中　康博　　殿

国立病院機構 鹿児島医療センターにおける１日体験研修（病院見学）について、次のとおり申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 見学希望診療科 | ① | 　 |
| ※第3希望までご記入ください | ② | 　 |
| 　 | ③ | 　 |
| 見学希望日 | 　令和　　　年　　　月　　　日 （　　　）　～ |
| 　　　令和　　　年　　　月　　　日 （　　　）　【　　　日間】 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ | 　 | 性　別 |
| 氏　　　　　名 | 　 | 男 ・ 女 |
| 大学名 ・ 学年 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　年） |
| 出身高校名※差し支えなければご記入ください | 　 |
| 生 年 月 日 | 昭和 　・ 　平成　　　　　年　　　月　　　日生 　（　　　歳） |
| 現　　住　　所 |  〒　　　　　　　－　　　　　　　　　 |
| 電話番号 | 　 |
| E-mail | 　 |
| 見学にあたっての希望等 |   |

※ ご記入いただいた個人情報は、臨床研修に関する情報提供以外の目的には使用致しません。