年　　月　　日

**綜合病院山口赤十字病院　病院見学申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 性別 | □男　　　　□女 |
| 大学名 |  | 大学 | 学年 |  | 年　年　既卒 |
| 現住所 | 〒　 |
|  |
| 連絡先 | TEL |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |
| 見学希望日 | 第一希望 | 年　　　　月　　　　日　 |
| 第二希望 | 年　　　　月　　　　日 |
| 見学希望診療科（複数回答可） |  |
| 将来希望している診療科（未定の場合は空欄。） |  |
| 出身地 | □山口県出身（　　　　　　　　市郡町）　□山口県以外（　　　　　　　都道府県　　　　　　市郡町） |
| 当院をどのような経緯でお知りになりましたか？（複数選択可） | （　　）病院ホームページ　　　（　　）臨床研修病院情報サイト【　　　　　　　　　　　　　】（　　）知人からの情報　（　　）その他【　　　　　　　　　　　】 |
| 備考 |  |

* この申込書を参考に見学スケジュールを作成いたします。