奈良県総合医療センター見学申込書

|  |  |
| --- | --- |
|  ふ　り　が　な 氏　　　　　名 |  |
|  住　　　　　所 |   |
|  生　年　月　日 |  　　　年　　月　　日生 （　　才） |
|  電　話　番　号 |   |
|  メールアドレス |   |
|  大学・学年（勤務病院） |   |
|  見学希望者は、希望日 診療科を記載下さい |  見学希望診療科 希望日 |

※メールアドレスは、できるだけＰＣのアドレスを記入してください。

※見学の際は、学生証、白衣、聴診器、名札を持参してください。

記載例

奈良県総合医療センター見学申込書

|  |  |
| --- | --- |
|  ふ　り　が　な 氏　　　　　名 |  な　ら たろう 奈　良　太　郎 |
|  住　　　　　所 |  奈良県奈良市平松１丁目３０番１号 |
|  生　年　月　日 |  ○○年○○月○○日生 |
|  電　話　番　号 |  ０７４２－４６－６００１ |
|  メールアドレス |  ○○○＠○．○ |
|  大　　学　　名 |  ○○大学医学部○○科○年（○○病院初期臨床研修医） |
|  見学希望者は、希望日 診療科を記載下さい |  見学希望診療科 希望日 循環器科 ○月○日 呼吸器科 ○月○日 消化器科 ○月○日 救命センター ○月○日 ○○○○科 ○月○日 |