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 |