

病院見学申込書

下記の表に必要事項を記入の上、担当宛に郵送あるいはメール添付にてお申し込み下さい。

年 月 日

氏名（フリガナ） ※フリガナ必須	----- 様			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
大学名・学年	大学	<input type="checkbox"/> 4回生 <input type="checkbox"/> 5回生 <input type="checkbox"/> 6回生 <input type="checkbox"/> 既卒 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	所属クラブ・サークルなど				
見学希望日 ※必ず2日以上 の希望日を記入	第1希望	第2希望	第3希望		
	その他（第4希望以下、期間指定等）				
見学希望診療科 ※複数可					
見学希望内容 ※手術・検査手技・ 診察・ヒアリング等					
新型コロナワクチン 接種歴	<input type="checkbox"/> 2回接種済み <input type="checkbox"/> 1回接種済み <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種予定（ ）				
来院手段	<input type="checkbox"/> 電車利用 <input type="checkbox"/> 自家用車利用				
連絡先	住所	〒			
	電話番号 (携帯)				
	E-Mail	PC	携帯		

教育研究センター

〒579-8026 大阪府東大阪市弥生町18-28

医療法人 藤井会 石切生喜病院 教育研究センター（臨床研修担当：長谷川 幸子）

TEL：072-988-3121(代)

FAX：072-986-3860

E-mail：rinken@ishikiriseiki.or.jp