

市立角館総合病院長 様

病院見学申込書

太枠内 申込者記入欄↓→

提出日：令和 年 月 日

希望職種	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 薬剤師	<input type="checkbox"/> 臨床検査技師	<input type="checkbox"/> 診療放射線技師	<input type="checkbox"/> 臨床工学技士
	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 理学療法士	<input type="checkbox"/> 作業療法士	<input type="checkbox"/> 栄養士	<input type="checkbox"/> その他
氏名・性別	フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日生(満	歳)
養成校名	<input type="checkbox"/> 大学	<input type="checkbox"/> 医学部			年
	<input type="checkbox"/> 専門学校	<input type="checkbox"/> その他()			
現住所	(〒 -)				
連絡先	TEL		E-mail		
見学希望内容 複数可	医学生のみ次から お選びください	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 産婦人科
		<input type="checkbox"/> 総合診療科	<input type="checkbox"/> 1年次研修医	<input type="checkbox"/> 2年次研修医	<input type="checkbox"/> 当直見学 ^{※2}
見学希望理由 と具体的な 見学希望内容					
見学方法 及び希望日	第1希望	<input type="checkbox"/> 病院見学 <input type="checkbox"/> zoom	令和	年	月 日 曜日
	第2希望	<input type="checkbox"/> 病院見学 <input type="checkbox"/> zoom	令和	年	月 日 曜日
	第3希望	<input type="checkbox"/> 病院見学 <input type="checkbox"/> zoom	令和	年	月 日 曜日

郵送先：〒014-0394 秋田県仙北市角館町岩瀬3番地 市立角館総合病院事務部総務管理課あて

FAX：0187-54-2715 メール：kakubyou-hp@city.semboku.akita.jp メール受信拒否設定を必ずご確認ください。

病院担当者 記入欄	見学(zoom)実施日	令和 年 月 日 ()	:	~	:
	見学担当者	部署名:	担当者名:		
	見学方法	<input type="checkbox"/> 病院見学 <input type="checkbox"/> zoom meeting			
	受付日時	令和 年 月 日 ()			