

■病院見学・実習申込書

病院見学・実習は、下記に必要事項をご記入の上、お申込み下さい。



申込日 年 月 日

必須項目	ふりがな			年 月 日生	<input type="checkbox"/> 男性	
	氏名			申込日現在 (歳)	<input type="checkbox"/> 女性	
	現住所	〒 -			出身地 (都道府県)	
	出身大学	大学	<input type="checkbox"/> 既卒 <input type="checkbox"/> 在学中 (年)			
	見学希望科 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 内科 (<input type="checkbox"/> 循環器 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 消化器) <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	見学希望日程及び日数	第1希望	年 月 日 () ~	年 月 日 () (日)		
		第2希望	年 月 日 () ~	年 月 日 () (日)		
		第3希望	年 月 日 () ~	年 月 日 () (日)		
	宿泊希望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	※宿泊したい日を記入 例: 8/1, 8/2		部屋希望	<input type="checkbox"/> 禁煙室 <input type="checkbox"/> 喫煙室 <input type="checkbox"/> どちらでも可
	交通手段	<input type="checkbox"/> 電車	~			
<input type="checkbox"/> バス		~				
<input type="checkbox"/> 新幹線		~				
<input type="checkbox"/> 自家用車		~ <input type="checkbox"/> その他 ()				
任意項目	連絡先電話番号	自宅	—	—		
		携帯電話番号	—	—		
	連絡先E-mail	@				
	ご希望連絡方法	<input type="checkbox"/> 電子メール <input type="checkbox"/> 郵便 <input type="checkbox"/> 電話				
	奨学金貸与の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (年)	貸与元	<input type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 大学		

○備考欄 ○ ※病院見学や実習にあたっての要望や疑問点・期待することなどご記入ください。

〒987-2205宮城県栗原市築館宮野中央三丁目1番地1
 栗原市立栗原中央病院
 総務課 総務係 鈴木・佐藤宛て
 TEL 0228-21-5330 FAX 0228-21-5350
 E-mail k-soumu@kam.or.jp