|  |
| --- |
| 病院見学申込書（医学生） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　記入日　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 名前（ふりがな） |  | 性別 | 年齢 |
|  |
| 大学名 | 大学　　医学部　第　　　学年 |
| 住　所 |  |
| 緊急連絡先 |  |
| メールアドレス |  |
| 見学希望日 | 　　年　　月　　日（　　）～　　　　　年　　月　　日（　　） |
| 宿泊希望日・場所 | 年　　月　　日（　　）「　　　　　　　　　　　　　　　」 |
| 来院予定時間 | 　　年　　月　　日（　　）　　　：　　頃 |
| 帰宅予定時間 | 　　年　　月　　日（　　）　　　：　　頃 |
| 見学希望診療科 |  |
| 興味のある診療科 |  |
| 将来志望診療科 |  |
| 面談等希望 | ~~□１年次研修医との面談~~ 　　　　　　 ~~□２年次研修医との面談~~~~□後期研修医との面談~~　　　　　　　　□指導医との面談□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 見学内容希望 | □病院全体の様子　　　　　　　　　　□医師宿舎(空きがあれば)□救急　　　　　　　　　　　　　　　□病棟□手術 　　　　　　　　　　　　　　□検査□外来 　　　　　　　　　　　　　　□その他（　　　　　　　） |
| 市内説明希望 | □希望する（30分程度）（詳しくはお問い合わせください） |
| １．奨学金を受給していますか　　有（奨学金名称：　　　　　　　　　　　　）　・　無 |
| ２．地域枠入学の学生ですか　　はい（都道府県名：　　　　　　　　　　　　）　・　いいえ |
| ３．当院を見学されたきっかけについて（自由記載：具体的に） |
| ４．医学生賠償責任保険加入について　　　　　　有　・　無 |
| ５．その他、具体的なご希望がありましたら記載願います。 |

【お問い合わせ先】

ＪＡ北海道厚生連 網走厚生病院 臨床研修管理委員会　事務局

住所：〒093-0076　網走市北6条西1丁目9番地

E-Mail:abashiri.rinsho@ja-hokkaidoukouseiren.or.jp

電話：0152-43-3157　（内線2070）

※電話受付時間　8：30～17：00（土日・祝日を除く平日）