

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】

J A 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）