

岩手県立二戸病院見学・実習 申込書

申込日 平成 年 月 日

見学希望者	フリガナ氏名	年齢	性別	大学名	学年	出身地 (県名・市町村名)	出身高校	見学希望診療科 <small>(診療科名を○で囲んでください)</small>
								消化器内科 循環器内科 神経内科 小児科 外科 整形外科 脳神経外科 泌尿器科 産婦人科 眼科 麻酔科 放射線科
見学希望日	平成 年 月 日 時頃 ~ 平成 年 月 日 時頃							
宿泊希望	有 無 ※当院では1泊2日をおすすめしています。							
電話番号				e-mail				
見学を希望した理由								
これまで見学した病院名					将来、臨床研修を希望する地域			
今回の見学で計画している行程								
※ 今回の行程で当院以外の病院見学も計画している場合はその分も記載してください。 【記載例】 「盛岡市～二戸病院～盛岡市」 「仙台市～二戸病院～久慈病院～仙台市」							当院以外の病院見学予定 (今回の行程中での有無)	
							有 無	
フリーコメント								
※ 先輩(部活)の有無や見学希望詳細(手術を見学したい・指導医について見学したい・研修医の日常を見学したい・病院の雰囲気を見学したい)などありましたらご記入ください。また、他病院の見学の希望もございましたらお知らせください。								
当院を見学した事 はありますか?	有 無 「有」の場合 → 平成 年 月頃							

e-mailまたはFAXでご連絡ください。調整後こちらからe-mailにてご連絡いたします。

◆e-mail : ea1014@pref. iwate. jp ◆FAX : 0195-23-2834 ◆TEL:0195-23-2191

担当：総務課 後藤利徳 佐々木麻里代

【見学についての連絡事項】

- ◆宿泊の宿舎について：実際の研修医宿舎を無料で利用できます。
- ◆持参する物：白衣・印鑑・学生証・着替え等
 ※宿舎にはシャンプー・ボディソープ・タオル・ドライヤー・布団・一通りの家電は備え付けてあります。

お申込みいただきありがとうございました。見学でお会いできるのを楽しみにお待ちしております。