

令和 年 月 日

熊本大学病院長 様

大学名： \_\_\_\_\_

学 部： \_\_\_\_\_

学 年： \_\_\_\_\_ 年 ・ 既卒 \_\_\_\_\_

(ふりがな： \_\_\_\_\_ )

氏名： \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

住 所： \_\_\_\_\_

電 話： \_\_\_\_\_

E-mail： \_\_\_\_\_

## 病院見学申請書

卒後臨床研修プログラムの参考のため、下記のとおり病院見学を申請いたします。

記

見学希望診療科（部）名	第1希望日	第2希望日	備 考
	月 日 ( )	月 日 ( )	
	月 日 ( )	月 日 ( )	
	月 日 ( )	月 日 ( )	
	月 日 ( )	月 日 ( )	
	月 日 ( )	月 日 ( )	
優先して見学したい事項があれば右欄に記入			

※見学を希望する診療科（部）毎に記入ください。

(診療科（部）の見学同日に医科の研修プログラムについて話を聞きたい場合には、見学希望診療科（部）名に「総合臨床研修センター」と記入してください。(日程は診療科（部）の見学を優先しますので、対応できない場合があります。))

※1日に見学できる診療科は午前・午後に分けての最大2診療科までとなりますが、2診療科の見学希望の場合、調整次第ではご希望に添えない場合があります。同日に2診療科を希望する場合には、診療科（部）名の欄に希望順位も記入してください。

※見学時間に制限のある方は備考欄に記入してください。

※見学時の駐車券サービス ( 要 不要 )

※次頁のアンケートにも記入をし、本紙と併せて提出してください。

(提出先)

熊本大学病院 総務課 卒後教育担当 宛

〒860-8556

熊本県熊本市中央区本荘 1-1-1

TEL:096-373-5994 / FAX:096-373-5952

E-mail: iys-kensyu@jimu.kumamoto-u.ac.jp

