

令和 年 月 日

熊本大学病院長 様

所属病院 (※)・大学名 : _____

※所属しているプログラムの病院をご記載ください。

☐医学部 ☐歯学部 ☐初期研修医
学年 年・既卒／初期研修 年目
(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 ☐専門研修) プログラムの参考のため、

(☐学生証 ☐医師免許証) の写しを併せて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	第 3 希望日
	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
備考	☐ 集合時間・見学終了時間の希望有り ☐ 診療科と日程調整済		
優先して見学したい事項			

※見学を希望する診療科(部)毎にご記入ください。

※診療科(部)の見学同日に医科の卒後臨床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診療科を見学希望の場合、調整次第ではご希望に添えない場合がございます。

同日に2診療科を見学希望の方は、診療科(部)名の欄に希望順位も記入してください。

※見学時の駐車券サービス (要 不要)

(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