

申込日 平成 年 月 日

熊本大学医学部附属病院長 様

病院見学申込書

専門修練プログラムの参考のため、下記のとおり見学申し込みをいたします。

記

| | | | |
|-------------|-------------------------------|-----|----|
| ふりがな 氏名 | | | |
| 勤務先 | | 卒業年 | 年 |
| 連絡先 | (住所) 〒 ※確実に連絡のつく住所を記載ください | | |
| | (電話番号) | | |
| | (E-mail) ※確実に連絡のつくアドレスを記載ください | | |
| 見学希望診療科 (部) | 希望日時 | | 備考 |
| | 月 日 (時 分～) | | |
| | 月 日 (時 分～) | | |
| | 月 日 (時 分～) | | |
| | 月 日 (時 分～) | | |
| | 月 日 (時 分～) | | |

※見学を希望する診療科 (部) 毎に記入ください。

※見学時の駐車券サービス (要 不要)

※担当よりお申込み受付のメールを送信させていただきます。

※本院が本票を通じて取得した個人情報は、本院の後期研修に関する各ご案内を行うためのみ利用し、法律及び「熊本大学医学部附属病院における個人情報保護に関するガイドブック (Ver.1.0)」に従い適正に管理致します。

※本学が取得した個人情報は、「独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律」第9条に規定されている場合を除き、本人の同意を得ることなく他の目的で利用又は第三者に提供することはありません。

【提出先】

熊本大学医学部附属病院 総合臨床研修センター
総務・人事ユニット GP 担当 奈須、米岡 (内線：5988)
TEL：096-373-5988, FAX：096-373-5952
メール：iya-gp@jimu.kumamoto-u.ac.jp