**臨床研修病院見学申し込み用紙**

**申込日　令和　　　年　　　月　　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| **氏名** |  |
| **ふりがな** |  |
| **性別** |  |
| **大学名・学年** |  |
| **高校名** |  |
| **出身地** |  |
| **現住所 ※１** | **※1 見学当日の出発地が現住所と異なる場合は、出発地（住所）をご記入ください。** |
| **交通手段** |  |
| **メールアドレス** |  |
| **電話番号** |  |
| **見学日数** | **１日コース　　　　　　　２日コース** |
| **見学希望日 ※2** | **※2 希望日を最低３日程度あげてください。** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **希望診療科 ※3.4** | **第１希望**  **第２希望**  **第３希望**  **第４希望**  **※3 １日コースは第３希望まで、２日コースは第４希望まであげてください。**  **※4 希望診療科は見学希望内容までご記入ください。** | | |
| **宿泊 ※5**  **（病院内研修棟）** | **有　　　　　　　　　無**  **※5 麻酔・緩和医療科を希望される場合、見学内容（手術室等）によっては集合時間が午前7時45分と早いため、前泊をお勧めいたします。** | | |
| **当院に興味を**  **持ったきっかけ**  **※複数回答可** | **□当院ホームページ** | **□リクルートサイト** | **□e-レジ** |
| **□佐賀県合同説明会（レジナビ）**  **（□対面式　□オンライン）** | **□NHO臨床研修ガイドブック** | |
| **□その他（　　　　　　　　　　　　　　　）** | | |
| **ご質問・ご要望等** |  | | |

**≪その他注意事項≫**

**・当院HPに記載している規定にご了承頂けることが、見学開催の必須条件となっております。**

**・当日のお昼はお弁当をご準備しております。アレルギー等がある場合はご要望欄へご記入ください。**

**・研修棟をご利用される場合は、アメニティ用品やドライヤーの準備がございませんので、ご持参ください。**