**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。** |
| **宿泊 ※3****（病院内研修棟）** | **有　　　　　　　　　無****※3 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。** |

|  |  |
| --- | --- |
| **希望診療科 ※4.5** | **（第１希望）****診療科：****見学内容：****（第２希望）****診療科：****見学内容：****（第３希望）****診療科：****見学内容：****（第４希望）****診療科：****見学内容：****（第５希望）****診療科：****見学内容：****（第６希望）****診療科：****見学内容：****※4 １日コースは第３～４希望、２日コースは第５～６希望までご記入ください。****※5 希望診療科は見学希望内容までご記入ください。** |
| **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** |
| **□ 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（　　　　　　　　　　　　）** | **□ Facebook** | **□ Instagram** |
| **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。**