石川県立中央病院　オンライン見学希望連絡票(医学生)

申込日：　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| お名前  | (ふりがな)　 | 男 ・ 女 |
|  |
| 生年月日  | （西　暦）　　　　年　　　　月　　　　日 | （　　　歳） |
| 興味がある診療科（複数記入下さい） |  |
| 説明希望日(候補を複数ご記入下さい) |  |
| 現住所  | 〒　 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス  | 　 |
| 出身地  | 都 ・ 道 ・ 府 ・ 県 |
| 在籍（出身）大学  | （大学名）　 |
| （卒　業）　年 　3月　　卒業 ・ 卒業見込み |
| Q．当院の臨床研修に関する情報を、メールでお届けしても宜しいでしょうか。 |
| はい　・　不要です |

**★ 本院での臨床研修に関して聞きたいこと等を、具体的に記入して下さい。**

|  |
| --- |
|  |

※取得した個人情報は，見学に関する連絡および当院からの臨床研修に関する情報提供にのみ使用します。

※オンライン説明会ではZoomを使用します。カメラやマイクの設定など、環境が整っていることを予めご確認のうえ、お申込み下さい。

石川県立中央病院