石川県立中央病院　オンライン見学希望連絡票(研修医)

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 |
| 出身大学  | （大学名）　 |
| （卒　業）　 年 　 月卒業  |
|  所属病院 | （病院名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　研修医　１・２　 年次 |
| （修了見込）　　年　　月見込 |

**★ 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。**

|  |
| --- |
|  |

※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