

# 初期臨床研修 病院見学申請書

記入日 令和 年 月 日

西条中央病院  
院長 風谷 幸男 様

ふりがな				性別			
氏名							
大学名			学年		満年齢		歳
連絡先	住所	〒 _____ 出身地 ( _____ )					
	電話番号						
	E-mail						
見学希望日	第1希望	平成	年	月	日	宿泊希望	
	第2希望	平成	年	月	日		
希望診療科	第1希望	○ 内科 ○ 循環器内 ○ 小児 ○ 外 ○ そ ( _____ )					
	第2希望	○ 内科 ○ 循環器内 ○ 小児 ○ 外 ○ そ ( _____ )					
	第3希望	○ 内科 ○ 循環器内 ○ 小児 ○ 外 ○ そ ( _____ )					

学歴	高等学校	平成	年	月	卒業
		平成	年	月	入学
		平成	年	月	卒業見込
			年	月	入学
			年	月	入学
			年	月	入学

※ 大学における学歴については、**学部**の記載漏れにご注意ください。

当院を何で知りましたか。(複数回答可)	
<input type="checkbox"/> 先輩から聞い <input type="checkbox"/> 友人から聞い <input type="checkbox"/> 親族から聞いて <input type="checkbox"/> 近くにあるから	<input type="checkbox"/> 当院のホームページ <input type="checkbox"/> REIS(厚労省)のサイト <input type="checkbox"/> レジナビのサイト <input type="checkbox"/> 臨床研修病院ガイドブックのサイト
<input type="checkbox"/> レジナビフェア <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	
当院に関心を持った事柄は何ですか。(複数回答可)	
<input type="checkbox"/> 教育・指導体制 <input type="checkbox"/> 診療科 <input type="checkbox"/> 研修プログラム内容 <input type="checkbox"/> 評判	<input type="checkbox"/> 給与・処遇・福利厚生 <input type="checkbox"/> 勤務条件 <input type="checkbox"/> 立地条件 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )

見学を希望した理由

