

初期臨床研修 病院見学申請書

記入日 西暦 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	西暦	年	月	日	宿泊希望		
	第2希望	西暦	年	月	日			
希望診療科	第1希望	<input type="radio"/> 内科 <input type="radio"/> 循環器内 <input type="radio"/> 小児 <input type="radio"/> 外 <input type="radio"/> その他 (_____)						
	第2希望	<input type="radio"/> 内科 <input type="radio"/> 循環器内 <input type="radio"/> 小児 <input type="radio"/> 外 <input type="radio"/> その他 (_____)						
	第3希望	<input type="radio"/> 内科 <input type="radio"/> 循環器内 <input type="radio"/> 小児 <input type="radio"/> 外 <input type="radio"/> その他 (_____)						

学歴	高等学校		西暦	年	月	卒業
			西暦	年	月	入学
			西暦	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
