

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 大蔵 隆文 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"/> 外科 <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"/> 外科 <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"/> 外科 <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"/> 先輩から聞いて	<input type="checkbox"/> 友人から聞いて	<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