**黒部市民病院 初期臨床研修医募集**

**事前見学申込書**

記入日　令和　年　月　日

**プロフィール**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな** |  | | | **性別**　男・女 | |
| **氏　　名** |  | | | **年齢**　　　才 | |
| **大学・学年** | 大学　　　　年生 | | | | |
| **卒業予定** | 西暦　　　　　年　　３月 | | | | |
| **出身高校** | 高校 | | | | |
| **出 身 地** | （市区町村名までで構いません） | | | | |
| **現 住 所** |  | | | | |
| **携帯電話** |  | | | | |
| **メール** |  | | | | |
| **将来志望科** | （未定でも構いません） | | | | |
|  |  | | | | |
| **見学希望について** | | |  | | |
| **見 学 日** | | 月　　日（　曜日） | | | |
| **診 療 科** | | 科 | | | |
| ・内科の場合の希望分野を選択  （循環器内科、呼吸器内科、内分泌内科、腎臓内科、消化器内科） | | | |
| **黒部までの**  **移動手段** | | 自家用車・新幹線・あいの風とやま鉄道（旧ＪＲ）・その他 | | | |
| **宿泊希望** | | 前泊（　有・無　）　後泊（　有・無　）  見学2日間以上の宿泊（　有・無　） | | | 費用は病院が  負担します |
| **自由記載欄** | |  | | | |
| その他希望や見学に期待することなどご自由にお書きください。 | | | |

メールまたはFAXでお申込みください。

受付後の連絡はメールにてやりとりさせていただきます。

【申込先】　黒部市民病院　総務課　臨床研修係　木島

E-Mail：[somu2@med.kurobe.toyama.jp](mailto:somu2@med.kurobe.toyama.jp)　　FAX：0765-54-2962　電話：0765-54-2211