

(No. ここには何も記入しないこと)

病 注意事項 書

西暦

年 月 日

ふりがな	写真付きの身分証明書（学生証） コピー貼付 ※白黒可 既卒者は3×4の写真を貼付
氏名	
生年月日 年 月 日（満 歳）	
大学名・学年 年 生	
共用試験（OSCE/CBT）合格 はい・いいえ	

現住所 〒 E-mail : 携帯電話 :	免許・資格（TOEICや医療関係のみ記入）	
	日付け	資格名

日付け	学歴・

希望診療科と希望見学期間については、希望診療科を重視して以下のように調整いたします。

- 1) まずは第1希望の診療科について、第1希望～第3希望の見学期間のいずれかについて受入可能かどうかを調整します。
- 2) いずれも受入できなかった場合、次に第2希望の診療科について、同様に調整します。
- 3) 第2希望についても受け入れられなかった場合、第3希望の診療科について、同様に調整を行います。（この時点でやはり調整できなかった場合には、お知らせいたします）

複数科での実習をご希望の場合には、希望診療科と希望見学期間を組み合わせできるだけのご希望に沿うよう調整いたします。

研究課題又は関心のある診療科：

クラブ活動・文化活動・地域活動・ポ

希望診療科	希望見学日・期間
第一希望：	月 日～ 月 日
第二希望：	月 日～ 月 日
第三希望：	月 日～ 月 日

見学希望理由	複数見学希望 有・無
--------	------------

複数科での見学申込みは、連続した日程（土日祝日は含まないこと）であることが条件です。連続していない日程でお申し込み頂いた場合、第一希望の診療科のみ調整いたします。（連続しない日程でいくつかの診療科を見学したい場合は、お手数でもそれぞれ別にお申し込みください）

希望する見学内容

「見学希望理由」「希望する見学内容」および別紙履歴書中の「研究課題又は関心のある科」は必ずご記入ください。

事務使用欄 ※記入しないでください。

受領日	ロッカー	メール	<input type="checkbox"/> リスト <input type="checkbox"/> 案内文書 <input type="checkbox"/> 月間 <input type="checkbox"/> 診療科
			<input type="checkbox"/> カレンダー

(No.)

病院見学申込書

西暦 年 月 日

ふりがな		写真付きの身分証明書（学生証） コピー貼付 ※白黒可 既卒者は3×4の写真を貼付	
氏名			
生年月日	年 月 日（満 歳）		
大学名・学年			
年生			
共用試験（OSCE/CBT）合格 はい・いいえ			
現住所 〒 E-mail： 携帯電話：		免許・資格（TOEICや医療関係のみ記入）	
		日付け	資格名
日付け	学歴・職歴（高等学校卒業からご記入ください）		
研究課題又は関心のある診療科：			
クラブ活動・文化活動・地域活動・ボランティア活動・趣味・スポーツ等			
希望診療科		希望見学日・期間	
第一希望：	月	日～	月 日
第二希望：	月	日～	月 日
第三希望：	月	日～	月 日
見学希望理由		複数見学希望 有・無	
希望する見学内容			
事務使用欄 ※記入しないでください。			
受領日	ロッカー	メール	<input type="checkbox"/> リスト <input type="checkbox"/> 案内文書 <input type="checkbox"/> 月間 <input type="checkbox"/> 診療科 <input type="checkbox"/> カレンダー