**JCHO人吉医療センター　見 学 申 込 書（臨 床 研 修）**

|  |  |
| --- | --- |
| **申 込 日** | 　　　　　　　　年　　　　 月　　　　　日 |
| **氏 名（ふりがな）****性別・生年月日** | 　　[ ] 男 性　　　[ ] 女 性　　　　　　　　年　　　月　　　日生 |
| **大学名・学年** |  |
| **現 住 所** | **〒** |
| **帰 省 先****（現住所と同じ場合不要）** | **〒** |
| **連 絡 先** | 電　話 |  |
| 携帯電話 |  |
| F A X |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| **希 望 科** | 特に希望する科がある場合にご記入下さい。 |
| **希 望 期 間** | 第１希望日 | 　　　　月　　日（　　） |
| 第２希望日 | 　　　　月　　日（　　） |
| 第３希望日 | 　　　　月　　日（　　） |
| 備考： |
| **見学の理由・目的** |  |
| **見学希望内容** |  |
| **宿泊のご希望**※施設内の宿泊施設 | [ ] 希望しない　　　　[ ] 希望する　（　[ ] 前泊　　[ ] 後泊　） |
| **交通手段** | [ ] ＪＲ　　[ ] 高速バス　　[ ] 自家用車　　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　）※JRでお越しの場合は人吉駅、高速バスの場合は人吉インターまでお迎えに参ります。 |

随時、受け付けております。お申し込みは、下記アドレスまでお願いします。

main@hitoyoshi.jcho.go.jp

（メール確認後、速やかに日程等につきまして折り返し連絡を入れます。）

JCHO人吉医療センター　総務企画課