**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