**JCHO人吉医療センター　見 学 申 込 書（臨 床 研 修）**

|  |  |
| --- | --- |
| **申 込 日** | 　　　　　　　　年　　　　 月　　　　　日 |
| **ふりがな** |  |
| **氏　　名** | 　　 |
| **性　　別** | ☐男 性　　☐女 性 | **生年月日** | 年　　　月　　　日 |
| **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 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| **希望見学日** | 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** |  |
| **希望診療科** | 特に希望する科がある場合にご記入下さい。 |
| **希望内容** |  |
| **宿　　泊**※施設内の宿泊施設 | [ ] 希望する（　☐前泊　　☐後泊　）　　　　[ ] 希望しない　 |
| **交通手段** | [ ] 高速バス　　[ ] 自家用車　　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　）※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。soumu@hitoyoshi.jcho.go.jp

（メール確認後、日程等につきまして速やかにご連絡いたします。）

　　JCHO人吉医療センター　総務企画課　TEL：0966-22-2191（代表）