申込日　　　年　　　月　　　日

独立行政法人地域医療機能推進機構

人吉医療センター　院長殿

　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　病院見学申込書

1．希望日時　※第2希望までご記入をお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 希望日 | 時間 |
| 第1希望 | 年　　　月　　　　日 （　　　） | ：　　　～　　　： |
| 第2希望 | 年　　　月　　　　日 （　　　） | ：　　　～　　　： |

2．希望者名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. |  | 2. |  |
| 3. |  | 4. |  |
| 合計人数　　　　名 | | | |

3．希望部門　※複数回答可。

|  |
| --- |
| □病院全般　―　病院概要および院内見学等  □診療部（□救急　□外科　□内科　□整形外科　□脳外科　□小児科　□産婦人科　□他　　　　）  □臨床研修（□救急　□外科　□内科　□整形外科　□脳外科　□小児科　□産婦人科　□他　　　）  □看護部（□外来　□病棟　□緩和ケア病棟　□手術室　□HCU　□救急　□他　　　　　　　　　）  □画像診断センター　　□内視鏡センター　　□ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝｾﾝﾀｰ　　□予防医療センター  □薬剤科　□臨床検査室　　□栄養管理室　　□臨床工学室　□医療安全　□感染管理室  □医療福祉連携室　　□事務部（□総務企画　□経理　□医事　□診療情報管理　□他　　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ※希望される内容を詳細にご記入下さい。 |
| ※上記の部門・内容の見学を希望される理由をご記入下さい。 |

4．備考

|  |
| --- |
| 2)当院対応スタッフのご希望の場合がありましたらご記入下さい。  　□ 医師　□ 看護師　□ 事務　□その他医療スタッフ（　　　　　　　　　　　　　　　　） |

5．連絡先　※については、学生のみご記入下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 所　属：  （※学校名/　　　　　　　　　　　　　学年） | ふりがな  氏　名：　　　　　　　　　　　　男　・　女 |
| 電　話： | e-mail： |
| 現住所：〒 | ※帰省先：〒  　　　　　　　　　　　　（現住所と同じ場合は不要） |