**松江市立病院見学申込書**

いただいた個人情報は当院にて厳正に管理し、病院見学のお知らせ、研修医募集のご案内及び採用以外の目的には使用いたしません。ご同意いただける場合には「同意する」にチェックをお願いします。

* 個人情報の取り扱いに同意します

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | Ｓ・Ｈ　　年　　 月　　 日  | 性別 |  |
| 在籍大学名 |  | 学年 |  |
| 見学希望日 | 第１希望　：　令和　　　年　　　月　　　日 |
| 第２希望　：　令和　　　年　　　月　　　日 |
| 見学希望診療科 | 第１希望 | 第２希望 | 第３希望 |
|  |  |  |
| どのようなことを見学したいか |  |
| 救急外来見学 | 希望する　　　・　　　希望しない |
| 病院施設見学（30分） | 希望する　　　・　　　希望しない |
| 質問・要望等 |  |
| 連絡先 | 住所　〠 |
| 電話番号 |
| メールアドレス |

令和　　年　　月　　日

松江市立病院の見学を申し込みます。

松江市立病院　　病院長　様