申込日　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 大学名・学年 | 　　　　　　　　　　大学　　　　年在学中・卒業 |
| 現住所 | 〒 |
| 出身地 | 　　　　　　　　都・道・府・県 |
| 携帯番号 |  |
| （連絡可能時間） | 　　　　　時　　　　分～　　　　　　時　　　　分 |
| メールアドレス |  |
| 見学希望日第1希望　第2希望　 | 　　　　　月　　　　日　（　　）　　　　　月　　　　日　（　　） |
| 当院への移動手段 |  |
| 希望事項 | ※今回の見学の希望診療科と、どんなところを重点的に見学したいのか、具体的にお知らせ下さい。 |

※院内で日程調整の上、折り返し連絡いたします。

※見学当日は白衣・上履き・筆記具・大学で使用しているネームプレートをご持参下さい。

※当日の集合時間はAM8：30、集合場所は３F総合医局です。集合時間かなり前にお集まりいただいても対応できかねますので、集合時間近くにおいでください。

　お越しになりましたら、総合医局前のインターホンを押してください。

《事務連絡先》国立病院機構弘前総合医療センター　担当：総合医局

〒036-8545　青森県弘前市富野町１番地

電話　0172-32-4311（代表）FAX　0172-33-8614

e-mail: 106-ikyoku@mail.hosp.go.jp