

1 日体験研修（病院見学）申込書

令和 年 月 日

国立病院機構 鹿児島医療センター
院長 西尾 善彦 殿

国立病院機構 鹿児島医療センターにおける1日体験研修（病院見学）について、次のとおり申し込みます。

見学希望診療科 ※第3希望までご記入ください	1	
	2	
	3	
見学希望日	令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 () 【 日間】	

フリガナ		性別
氏名		男・女
大学名・学年	(年)	
出身高校名 ※差し支えなければご記入ください		
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)	
現住所	〒 -	
電話番号		
E-mail		
見学にあたっての希望等		

※ ご記入いただいた個人情報は、臨床研修に関する情報提供以外の目的には使用致しません。