

1 日病院見学申込書（内科専門研修プログラム）

令和 年 月 日

独立行政法人国立病院機構
鹿児島医療センター院長 殿

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

特に希望する診療科があれば、ご記入下さい。 ※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
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)	
大学名・学年	大学 (年卒)	
現在の勤務先【病院名】	病院	
現住所	〒 - 連絡先 () - 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、内科専門研修プログラムに関する情報提供以外の目的には使用致しません。