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

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。