

盛岡赤十字病院 見学申込書

申 込 日	令和 年 月 日 ()		
氏 名		出身地	
生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日	生 歳
出 身 大 学			
学 年			
連 絡 方 法	携 帯 電 話		
	メー ル ア ド レ ス		
	そ の 他 ()		
希 望 月 日	月 日 (~ 月 日)		
日 数	日間		
宿 泊 希 望	無 ・ 有 (当院研修医用宿直室に宿泊可能)		
希 望 診 療 科	無 ・ 有 ()		
懇 親 会 希 望	無 ・ 有		
見学に対する 希望・要望等			

集合場所 : 2階医局
 時 間 : 午前8時30分
 当日の持ち物 : 白衣、上履き、聴診器、ネームプレート、筆記用具、学生証、
 交通費に係る領収書 (県外学生のみ)

E-mailまたはFAXでご連絡をお願いします。日程調整後、E-mailにてご連絡いたします。

★E-mail : kensyu@morioka.jrc.or.jp ★FAX : 019-637-3558 ★TEL:019-637-3111

担当 臨床研修担当 藤尾