

病院見学など(研修・見学・ボランティア)申込書

平成 年 月 日

南相馬市立総合病院長 殿

私は、下記により南相馬市立総合病院の病院見学など(研修・見学・ボランティア)を申込みします。

ふりがな 氏 名		生年月日 年齢・性別	昭和・平成 年 月 日生 (歳) 男・女
現住所	〒 - 電話(携帯): FAX: メールアドレス:		
在籍(卒業) 大 学	大 学	学 部	学 科
	平成 年 月 日 (卒業・卒業見込)		
出身地	都道府県	出身高校	高 校
現在の 勤務先等			
病院見学 希 望 日	第1希望 : 平成 年 月 日() ~ 平成 年 月 日() 第2希望 : 平成 年 月 日() ~ 平成 年 月 日() 第3希望 : 平成 年 月 日() ~ 平成 年 月 日()		
希望科			
具体的希望	①研修 ②本院への就職・臨床研修を検討するための予備見学 ③一般見学 ④その他()		
備 考	ご質問等ありましたらこちらへご記入お願いします。		

日程等については調整後、決まり次第ご連絡いたします。

また、当方からの連絡は基本的にメールによることとし、メールがない場合はお電話いたします。

お願い お申込みは病院見学ご希望日の10日前までをお願いいたします。

担当 : 南相馬市立総合病院事務課人材育成係 佐藤・渡部

〒975-0033 福島県南相馬市原町区高見町二丁目54番地6

TEL: 0244-22-3181 内線 1202 FAX: 0244-22-8853