

# 金沢医科大学病院 病院見学申込書（後期希望）

令和 年 月 日

金沢医科大学病院長 殿

貴院での見学を下記のとおり申し込みします。

1. 見学希望診療科	※複数科可能（臨床研修センターホームページのプログラム選択科を参照）
2. 希望見学内容	
3. 見学期間	※土日祝祭日を除く
4. 見学希望時間	

【申込者情報】 ※下記情報は個人情報保護法を遵守します。			
(フリガナ)		性別	
氏名			
初期臨床研修病院		研修医	年次
出身大学			年卒業
生年月日	年	月	日生（満歳）
現住所	〒		
出身地	都・府・県	区・郡	市・町・村
電話番号		携帯電話	
メールアドレス	※携帯 mail 可		

申込先：FAX 076-218-8244 又は E-メール [kensyu-j@kanazawa-med.ac.jp](mailto:kensyu-j@kanazawa-med.ac.jp)  
〒920-0267 石川県河北郡内灘町大学1丁目1番地  
金沢医科大学病院 臨床研修センター事務課  
電話 076-286-3511（代表） 内線 5482～5483