

# 金沢医科大学病院 病院見学申込書（初期希望）

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                           |                 |      |       |
| 在籍および<br>出身大学                | 大学              |      |       |
|                              | 学年              | 年    |       |
| 生年月日                         | 年 月 日生（満 歳）     |      |       |
| 現住所                          | 〒               |      |       |
| 出身地                          |                 |      |       |
| 電話番号                         | ( ) -           | 携帯電話 | ( ) - |
| メールアドレス                      | ※携帯 mail 可<br>@ |      |       |

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