

診療科見学申込書(専門・後期研修)



横浜市立みなと赤十字病院

日本赤十字社
Japanese Red Cross Society

記入日		令和 年 月 日		
フリガナ 氏名				男・女
自宅	住所	〒 —		
	電話番号	自宅 — —	携帯電話 — —	
メールアドレス		PC	携帯	
在職病院	病院名/学年	/ 初期研修医・後期研修医 年目 その他(卒後 年目)		
	住所	〒 —		
	電話番号	— —	内線番号	
希望連絡先		(いずれかに○) 自宅 / 在職病院		
希望見学日	第1希望		第2希望	第3希望
	月 日()	月 日()	月 日()	
希望コース				
希望診療科		<p>-----</p> <p>※ 総合内科専門医コースをご希望の場合は、メインで見学したい診療科を必ずご記入下さい。 内科系診療科: 膠原病リウマチ内科・糖尿病内分泌内科・血液内科・腎臓内科・消化器内科・循環器内科・神経内科・呼吸器内科・アレルギー科</p> <p>※ 救急・集中治療専門医コースをご希望の場合は、救急科または集中治療部のどちらをメインで見学希望か、必ずご記入下さい。</p>		
備考		(ご自由にご記入ください)		

病院記入欄		【申込み時の注意事項】
受付日	/	※見学可能日は、祝祭日を除いた、月曜日から金曜日のうち1日です。 ※申込は、見学希望日の2週間前必着。 ※メールにてご連絡しますので、メールアドレスの記入間違いや、迷惑メールフォルダの設定にご注意ください。
送付日	/	
備考		