

小倉医療センター施設見学申込書

申込月日

ふりがな
氏名

生年月日 S・H 年 月 日 才

住所

携帯番号

メールアドレス

出身高校 高校

所属大学 大学 年

見学希望日 ① ②

③ ④

*大変すみませんが見学希望日以外の日程になる可能性もありますのでご理解をお願いします。

病院見学にて聞きたい事

その他
(気になる事など自由に記入をお願いします。)

病院見学スケジュールについて

14時00分 病院見学者集合
14時00分～15時30分 臨床研修プログラム内容説明
15時30分～17時00分 病院内見学

*時間帯については変更する場合があります。

当日持参して頂く物

白衣及び名札(大学名及び氏名の記載されているもの)

上記を記入後は下記まで連絡をお願いします。

*連絡方法は下記住所まで郵送・FAX・メール等方法はといません。

病院見学日は決定しだい、下記の順番にて連絡します。

①メールアドレス ②携帯番号(メール連絡の場合は携帯電話への連絡は行いません)

802-8533 福岡県北九州市小倉南区春ヶ丘10-1
小倉医療センター 管理課 臨床研修担当 行
FAX番号 093-922-5072
電話番号 093-921-8881
メールアドレス kensyuui@kokura2.hosp.go.jp