

金沢医科大学病院 病院見学申込書

平成 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 平成 年 月 日（ ） ～ 平成 年 月 日（ ）
4. 見学希望時間	午前 ・ 午後 時 ～ 午前 ・ 午後 時

【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	男 ・ 女
氏名			
在籍および 出身大学	大学 医学部 ・ 歯学部		
	学年	平成	年（卒業見込 ・ 卒業）
生年月日	昭和 ・ 平成	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

〒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