

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 _____

学会等で医師が不在となる場合、ご希望日の変更をお願いする事がございますので、ご了承ください。

将来の希望
診療科 _____

そ の 他 _____

申 し 込 み 臨床研修担当 kensyuui@kokura2.hosp.go.jp まで送付下さい。
※2～3日のうちに確認のメールを返信いたします。
Gmailアドレスの場合、返信メールが届かない場合がございます。
返信メールが届かない場合はご一報お願い致します。

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・病院施設概要説明
15時30分～17時00分	病院内見学

持参するもの

白衣、名札

☎ 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 臨床研修担当
メール kensyuui@kokura2.hosp.go.jp