**【滋賀医科大学医学部附属病院】**

**リ　モ　ー　ト　個 別 相 談 用 紙**

実施日 令和　　年　　月　　日（　　）　：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日 | |
| 氏　　名 |  | | 出 身 地 (都道府県 市郡) | 都道  　　　　　　府県 |  |
| 市郡 | 男　女 |
| 住　　所 | 〒 | | | | |
| 所属大学 | 大学　医学部　　　年生　／　令和　　　年３月　卒業予定 | | | | |
| 携帯電話 |  | | その他電話 |  | |
| Ｅ－Mail 招待URL送り先 |  | | | | |
| リモート 関して 該当に〇 | [　]　PCで参加する　　[　]スマホやタブレットで参加する | | | | |
| [　]　Zoom　[　]Skype 　他方法について指定があれば→[　　　　　　]  **※リモート**に関しては基本こちらから指定させていただきます。 | | | | |
| [　]Wi-FiやLAN環境がある　 [　]モバイルのデータ通信使用(推奨しません) | | | | |
| 自己 紹介 | （例：クラブ活動・特技・社会活動など） | | | | |
| 将来の 希望 |  | | | | |
| 進路を考えている科 |  | | | | |
| 研修志望病院順位【任意記入】 | １． | 見学の有・無 | | 見学理由 | |
| ２． | 見学の有・無 | | 見学理由 | |
| ３． | 見学の有・無 | | 見学理由 | |
| 質問事項 |  | | | | |

※個人情報は、病院見学ならびに当院初期研修医募集に関する連絡に限り使用し、それ以外の目的には使用しません。  
※当日に万が一通信環境等で不具合が生じた場合に、【連絡先】TEL 077-548-2436　または　077-548-2482からの着信に出られるようにしておいてください。そのために、当日その時間帯の連絡先を電話番号欄に記載してください。