**【滋賀医科大学医学部附属病院】**

**病　院　見　学　記　録　用　紙**

見学日： 令和　　年　　月　　日（　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| よみがな | 　　 | 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 | 性別 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 所属大学 | 　　　 　　大学　医学部　　　年生　・　　　　　　年　卒業 |
| 電　　話 |  | ＦＡＸ | 　　　 |
| 携帯電話 | 　　 |
| Ｅ－Mail | 　　　　　　　　　　　　　@ |
| ご見学診療科にE-Mailアドレスをお伝えしてもよろしいでしょうか | はい　　・　　いいえ |
| 将来の希望 |  |
| 見 学 希 望 診 療 科 |  |
| 現在の研修志望病院順位 | １． | 見学の有・無 | 見学の理由 |
| ２． | 見学の有・無 | 見学の理由 |
| ３． | 見学の有・無 | 見学の理由 |
| その他の事項（滋賀医科大学を見学した理由・クラブ活動・特技・社会活動・将来の夢など） |
|  |
| 希望事項 |  |

※見学者の個人情報は、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。