

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		F A X				
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。