**【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 | | | | | | | |
| 奨学金**※** | | 受給無　　・　　受給有（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | |

**※**滋賀県内で従事要件のある奨学金。

＜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。＞