|  |
| --- |
| 病院実習申込書（医学生） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　記入日　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 名前（ふりがな） |  | 性別 | 年齢 |
|  |
| 大学名 | 大学　　医学部　第　　　学年 |
| 住　所 |  |
| 緊急連絡先 |  |
| メールアドレス |  |
| 実習希望日 | 　　年　　月　　日（　　）～　　　　　年　　月　　日（　　） |
| 宿泊希望日 | 　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日（土･日 利用の有･無） |
| 来院予定時間 | 　　年　　月　　日（　　）　　　：　　頃 |
| 帰宅予定時間 | 　　年　　月　　日（　　）　　　：　　頃 |
| 実習希望診療科 |  |
| 興味のある診療科 |  |
| 将来志望診療科 |  |
| 面談等希望 | □1年次研修医との面談 　　　　　　 □2年次研修医との面談□後期研修医との面談　　　　　　　　□指導医との面談□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 見学内容希望 | □病院全体の様子　　　　　　　　　　□医師宿舎□救急室　　　　　　　　　　　　　　□病棟□手術 　　　　　　　　　　　　　　□検査□外来  |
| 勉強会等参加希望 | □院内勉強会　（詳しくはお問い合わせください） |
| １．奨学金を受給していますか　　有（奨学金名称：　　　　　　　　　　　　）　・　無 |
| ２．地域枠入学の学生ですか　　はい（都道府県名：　　　　　　　　　　　　）　・　いいえ |
| ３．当院を実習されたきっかけについて（自由記載） |
| ４．医学生賠償責任保険加入について　　　　　　有　・　無 |
| ５．駐車場利用について　　　　　　　　　　　　有　・　無 |
| ６．その他、「こんな事を知りたい」「こんなものを見てみたい」など具体的なご希望がありましたら記載願います。 |