**田川市立病院　病院説明・見学会　申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| ふりがな |  |
| 大学名 |  |
| 学年 |  |
| 連絡先 | 住所 |  |
| 電話番号 | －　　　　　－ |
| メールアドレス |  |
| 見学希望科３つ以内で○を付けて　　ください。 | ・循環器内科 | ・消化器内科 | ・腎臓内科 | ・小児科 |
| ・外科 | ・整形外科 | ・形成外科 | ・皮膚科 |
| ・泌尿器科 | ・産婦人科 | ・眼科 |  |
| 見学希望日 | 第一希望 | 第二希望 | 第三希望 |
| 月　　日（　　　曜日） | 月　　日（　　　曜日） | 月　　日（　　　曜日） |
| 連絡事項等 |  |