**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 |  | | | | | | |