**浜田医療センター病院見学事前アンケート**

・氏名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　・ふりがな　：

・大学名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　・学年　：

・出身地　：

・現住所　：　〒

・電話番号　：

・メールアドレス　：

**1．見学希望日**　希望①　令和　 年　　　月　　　日　　　～　　令和　 年　　　月　　　日

　　　　　　 希望②　令和　 年　　　月　　　日　　　～　　令和　 年　　　月　　　日

**2．当院で見学を希望する理由を教えてください**

□初期研修先の候補として　　　□後期研修先の候補として　　　□就職先の候補として

□たすきがけ先の候補として　　□研修協力病院の候補として

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**3．見学中に特に見たいこと、したいことを具体的に教えてください**

（例：手術室の見学、外来の見学、病棟回診の見学、救急外来の見学、研修医がどのような研修を行っているか知りたい　等）

**4．あなたのアピールポイントを教えてください**

**5．見学を希望する診療科**

　（　　　　　　　　　科） （　　　　　　　　　科） （　　　　　　　　　科）

**常勤医のいる診療科**

　総合診療科、腎臓内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、小児科、外科、整形外科、

　脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、放射線科、麻酔科

　リハビリテーション科、救急科

**連絡事項**

・集合時間・場所 ： 8時30分に当院2階　事務室までお越しください

　　　　　　　　　（研修センター横にある通路をまっすぐ行き、地域連携室前を右に曲がる）

・持ち物 ： 動きやすい服装・白衣・名札（昼食は当院で用意します）

・駐車場に限りがありますので、自家用車での来院はご遠慮願います

連絡先

浜田医療センター　管理課　松生

電話：0855-25-0505　　FAX：0855-28-7070

メール：503-kenshui@mail.hosp.go.jp

〇アンケート記入後は、右記連絡先まで

メール又はFAX送信してください