様式第１号

# こうちの医療見学ツアー参加申込書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふり がな  氏 名 |  | | 性別 |  | 生年月日 | S  H　　年　　月　　日 |
| 専門診療科 |  | | | | | |
| 現 住 所 | 〒　　　－ | | | | | |
| 電話番号等 連絡先 | 自宅電話番号　　　　　　－　　　－  携帯電話番号　　　　　　－　　　－  FAX　　　　　　　　　　－　　　－  E-mail： | | | | | |
| 医籍登録番号 |  | | | | | |
| 現在勤務先等 |  | | | | | |
| 応募理由 |  | | | | | |
| ●視察ツアーについて希望があれば記入してください。 | | | | | | |
| ■視察ツアーを希望する時期 | | （　　　年　　　月　　）頃 | | | | |
| ■視察ツアー希望地 | | １安芸医療圏域（県東部）　　２中央医療圏域（県中央部）  ３高幡医療圏域（県中西部） 　４幡多医療圏域（県西部）  ５県内どの圏域でも可 | | | | |
| ■視察したい病院名 | | 具体的に視察したい病院や診療所があればご記入ください。  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| ■ その他 | |  | | | | |