

お申込みは下記にご記入の上、7月20日（火）午後5時までにメール又はFAXにてお送り下さい。

FAX：048-563-2170（総務課直通） TEL：048-562-3000（病院代表）

MAIL：resident_doctor@fureaihosp.or.jp 担当：川口・永澤・戸ヶ崎

病院見学申込書

見学申込み日	令和 年 月 日
見学希望日	第1希望： 月 日（ ） 日勤・半日・日勤+当直・半日+当直 第2希望： 月 日（ ） 日勤・半日・日勤+当直・半日+当直
採用試験 ※既卒、6年生のみ	希望あり ・ 希望なし 希望あり を選んだ方のみお答え下さい 見学当日 ・ 見学日以外
ふりがな	
氏名	
大学・学年	大学 年生 ・ 既卒（ 年卒業）
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
性別	男性 ・ 女性
現住所（連絡先）	〒
出身地	都 道 府 県
①携帯電話	- -
②ご本人以外の連絡先	- - （本人との続柄： ）
メールアドレス	@
奨学生について	
地域枠の対象者である	はい / いいえ
指定地域での従事要件がある	はい / いいえ
徳洲会の奨学金対象者である	はい / いいえ
卒後の進路について （興味のある分野など）	
当院への見学有無	有 回目 / 無
病院見学の動機・きっかけ	
当院以外の見学予定先	

※要望などありましたら記入して下さい