

# 埼玉医科大学国際医療センター 病院見学 申込書

※□印は該当する項目を■にして下さい。

氏名	フリガナ		性別	生 年 月 日								
			□ 男 □ 女	西暦	年	月 日 生						
大学名 学 年	大学			年生								
住 所	〒											
実家住所	(記入は市町村まで)											
メールアドレス	@											
_(アンダーバー)と-(ハイフン)、0(ゼロ)と0(オー)など分かりにくい記号、字にはコメントをお願いします。												
電 話				携帯電話								
見学希望診療科 (複数診療科可能、優先順)			見学希望期間									
			①	月	日	～	月	日	の	うち	日	間
			②	月	日	～	月	日	の	うち	日	間
			③	月	日	～	月	日	の	うち	日	間
見学希望理由												
見学希望内容												
遵守事項	①患者の個人情報保護に常に留意し、見学に際して知り得た患者情報等を他に漏らしてはならない。 ②見学の際は担当教員または職員の指示に従い、感染防止を含めた医療安全の確保のため、常に十分な注意を払う。											
宿泊施設 利用希望 (研修医寮)	□ あり →	宿泊期間	月	日	～	月	日	泊	日			
		チェックイン	月	日	時	チェックアウト	月	日	時			
	□ なし	保護者氏名				電 話						
		保護者住所										
病院実習 経 験 (大学名及び 診療科名)	□ あり →	大学										
	□ なし	(在籍している大学の臨床実習経験含む)										
当院の情報をどのように知りましたか？ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> レジナビ <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 臨床研修病院合同セミナー <input type="checkbox"/> レジナビフェア (開催日：西暦 年 月 日) <input type="checkbox"/> eレジフェア (開催日：西暦 年 月 日) <input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> 紹介者 (所属・氏名： ) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 講義や講演会で話を聞いて (演者： 先生)												

< 学内使用欄 >

病院長	事務部長	臨床研修センター	
		室 長	担 当 者