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	ﾌﾘｶﾞﾅ	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			
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　※原則、１日１診療科
	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 （研修医療）	□ 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
		保護者 氏　名		電　話	
	□ なし	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？

□ 情報掲載サイト　　□ 当院ホームページ　（ □ 臨床研修センター　□ 全体　□ 診療科　（　　）
□ レジナビスペシャルコンテンツ　□ レジナビWEB
□ その他（　　）

□ 臨床研修病院合同セミナー（オンライン開催含む）　□ レジナビ　□ マイナビ　□ eレジ　□ m3　□ その他（　　）
（参加日：西暦　　年　　月　　日　　）

□ 紹介　　□ 紹介者（所属・氏名：　　）

□ その他　　□ 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	見学先診療部長	臨床研修センター 担当者