

札幌医科大学附属病院

臨床研修プログラム説明会・施設見学会(8月17日)

申込日 平成29年 月 日

1 参加申込者

| | | | | |
|---------|---|--|----|-------|
| お名前 | フリガナ | | 性別 | 男 ・ 女 |
| | 漢字 | | | |
| 生年月日 | 昭和 ・ 平成 年 月 日 ()歳 | | | |
| 出身地 | 北海道 (札幌市内 ・ その他) ・ 北海道外 () | | | |
| 大学名 | ()年生 ・ 卒業 | | | |
| メールアドレス | | | | |
| 連絡先電話番号 | | | | |
| 備考欄 | <small>※聞きたいこと等があれば記入してください。 ※研修医の見学同行を希望する場合、その旨記入してください。</small> | | | |

2 見学希望診療科 * 下記 3 の選択可能診療科より1科または2科見学できます。

| 時間帯 | 見学希望診療科 |
|-----|---------|
| 午前 | |
| 午後 | |

3 選択可能診療科

- | | |
|--|---|
| <p><終日可能></p> <ul style="list-style-type: none"> 消化器内科 呼吸器・アレルギー内科 腫瘍・血液内科 神経内科 消化器・総合・乳腺・内分泌外科 整形外科 脳神経外科 産婦人科 小児科 耳鼻咽喉科 神経精神科 麻酔科 放射線治療科 放射線診断科 高度救命救急センター 病理部 歯科口腔外科 | <p><午前のみ></p> <ul style="list-style-type: none"> 循環器・腎臓・代謝内分泌内科 皮膚科 形成外科 泌尿器科 総合診療科 リハビリテーション科 <p><午後のみ></p> <ul style="list-style-type: none"> 呼吸器外科 眼科 集中治療部 |
|--|---|