**独立行政法人国立病院機構水戸医療センター【医学生用】**

**病 院 見 学 申 込 用 紙**

**氏　名：　　　　　　　　　　　　　大学名：　　　　　　　　　　　　　　　学年　　年**

**現住所：**

**平日の日中に連絡できる電話番号：　　　　　　　－　　　　　　－**

**Eメールアドレス：　　　　　　　　　　　　　　　　＠**

**奨学金の状況：　一　般　・　修学生　・　地域枠　・　なし　 （ いずれかに○ ）**

**病院からのお知らせ**

当院は三次救命救急医療施設です。見学の方の希望により、夜間の救命救急の見学も実施しております。宿泊は研修宿泊室を用意しておりますので、ご相談ください。

**見学希望（ 見学時間 9:00 ～ 17:00 ）**

**希望する日**

**第一希望　　平成　　　年　　　月　　　日　～　平成　　　年　　　月　　　日**

**第二希望　　平成　　　年　　　月　　　日　～　平成　　　年　　　月　　　日**

**第三希望　　平成　　　年　　　月　　　日　～　平成　　　年　　　月　　　日**

**見学したい診療科（ 2科以内、具体的に診療科名を記入）**

**〔　　　　　　　　　　　　　　　　　〕**

**〔　　　　　　　　　　　　　　　　　〕**

**見学回数　初回　・2回目　・3回目以上　（いずれかに〇）**

**宿泊の有無　（　有　・　無　）**

**救急外来見学　（　有　・　無　）**

**その他質問事項等があれば、ご記入ください。**

**お申し込みいただきありがとうございます。**

**後日、臨床研修担当者よりご連絡させていただきます。**

〒３１１－３１９３

茨城県東茨城郡茨城町桜の郷２８０番地

独立行政法人国立病院機構水戸医療センター

教育研修部長　小泉　智三

電話：０２９－２４０－７７１１

FAX：０２９－２４０－７７８８

E-mail：200-mmc.kensyu@mail.hosp.go.jp