病院見学・県内アクセスサービス 申込書

平成　　年　　月　　日

ふりがな 氏　名		性別	男・女	年齢	歳
現住所	〒				
出身地	都・道 府・県		市・区 町・村		
電話番号		E−mail			
大学名・学年	大学　　年次				
見学希望日	第１希望　　年　月　日　～　　年　月　日 第２希望　　年　月　日　～　　年　月　日 前泊の有無　＜　有　・　無　＞　　後泊の有無　＜　有　・　無　＞				
希望病院	・秋田大学医学部附属病院　・市立秋田総合病院　・秋田赤十字病院 ・秋田厚生医療センター　・中通総合病院　・大館市立総合病院 ・能代厚生医療センター　・由利組合総合病院　・本荘第一病院 ・市立角館総合病院　・大曲厚生医療センター　・市立横手病院 ・平鹿総合病院　・雄勝中央病院 ※2 つ以上〇を付けてください。				
見学希望科					
当サービスをどのようにしてお知りになりましたか	１．病院説明会等で資料をもらった　２．当室運営ＨＰ「みてたんせ」を見た ３．友人・知人から聞いた　４．その他（　　）				
その他要望					

※　申込書は、２週間前までにＥ－ｍａｉｌ又はＦＡＸにてお申込下さい。
※　見学日は、各病院調整後、当室より追って連絡致します。

秋田県健康福祉部医務薬事課
医師確保対策室
ＦＡＸ：018-860-3883
E-mail：ishikakuho@pref.akita.lg.jp