様式第１号

# こうちの医療見学ツアー参加申込書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふり がな氏 名 |  | 性別 |  | 生年月日 | SH　　年　　月　　日 |
| 専門診療科 |  |
| 現 住 所 | 〒　　　－　　　　 |
| 電話番号等 連絡先 | 自宅電話番号　　　　　　－　　　－携帯電話番号　　　　　　－　　　－FAX　　　　　　　　　　－　　　－E-mail： |
| 医籍登録番号 |  |
| 現在勤務先等 |  |
| 応募理由 |  |
| ●視察ツアーについて希望があれば記入してください。 |
| ■視察ツアーを希望する時期 | （　　　年　　　月　　）頃 |
| ■視察ツアー希望地 | １安芸医療圏域（県東部）　　２中央医療圏域（県中央部）３高幡医療圏域（県中西部） 　４幡多医療圏域（県西部）５県内どの圏域でも可 |
| ■視察したい病院名 | 具体的に視察したい病院や診療所があればご記入ください。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ■ その他 |  |