

診療研修・見学申込書

氏名	フリガナ	性別	男性 ・ 女性
		生年月日	年 月 日生 () 歳
住所	〒		
連絡先	自宅 or 携帯	e-mail	@
	希望連絡方法： 電話 / メール		連絡可能な時間帯 (時～ 時)
学校 または 勤務先	名称		
	住所		
自己 PR			

[研修・見学希望について 注意事項]

- ※ 朝礼開始は 8 時 35 分です。8 時 20 分までにクリニックにお越しください。
- ※ 終了時刻は昼まで見学の場合 13 時頃、一日の場合は午後 6 時頃の予定です。診療の進み具合や緊急往診などのため短縮・延長する場合がありますのでご了承ください。
- ※ 訪問診療見学時の服装：患者さまのご自宅に伺いますので、詳細は改めてご相談下さい（清潔、平服）。
- ※ 見学終了後 2 週間以内を目安にレポート(感想文)の提出をお願いいたします。

希望内容	1. 研修 2. 見学 3. 入職 4. その他 ()			
研修・実習希望職種	1. 医師 2. 看護師 3. MSW 4. その他 ()			
研修・見学希望場所	①あさのクリニック (総社市中央 2-3-5) 1. 外来 2. 訪問診療 3. 両方 4. その他 ()			
希望日時	第一希望	平成	年	月 日 (時間：昼まで / 全日)
	第二希望	平成	年	月 日 (時間：昼まで / 全日)
	第三希望	平成	年	月 日 (時間：昼まで / 全日)
研修・実習の目的				
その他希望				
研修・見学時の 写真撮影	可 ・ 不可		感想文の Web 掲載 (匿名可)	可 ・ 不可

申し込みにあたり、本申込書をご郵送もしくは FAX 頂きますと、こちらから改めてご連絡させていただきます。

申し込み先 〒719-1131 岡山県総社市中央 2 丁目 3-5

あさのクリニック 院長 浅野直

TEL : 0866-93-8808 FAX : 0866-93-8818