

卒後歯科医師臨床研修に係る病院実習（見学）申込書

年 月 日

足利赤十字病院  
院長 小松本 悟 様

申込者  
住 所  
氏 名  
印

私は、医師免許取得後の初期臨床研修病院を検討するため、貴院で実習（見学）をさせていただきたく、在学証明書又は学生証の写しを添えて申し込みます。

申込者に関する事項

フリガナ 1. 氏 名	
2. 生年月日	年 月 日生
3. 住 所	〒 -
4. 連 絡 先 <small>※可能な範囲で 記入してください。</small>	自宅電話： ( ) 携帯電話： ( ) FAX 番号： ( ) E-mail：
5. 在籍又は 卒業大学名	大 学
6. 見学日時	年 月 日 ( ) ～ 月 日 ( ) 見学日数 日間
7. 実習（見学） 理由	
8. 添付書類	<input type="checkbox"/> 在学証明書 <input type="checkbox"/> 学生証のコピー

※担当 歯科口腔外科外来 TEL：0284-21-0121 FAX：0284-22-0225