

FAX送付先：0263-73-5432

長野県立こども病院 事務部 総務課 植松 健一 行

平成 年 月 日

病院見学申込書

フリ 氏		ガナ 名		性別	男・女
所属病院(大学)		(卒後 年) 研修 年目			
連絡先	住所	〒			
	電話				
	携帯電話				
	E-mail (携帯不可)				
希望コース		ご希望のコースに丸をするか、右欄に番号を記入してください。 1. 小児科専門研修プログラム(平成30年度) 2. 小児科専門医研修コース(3年次編入) 3. 小児科短期研修コース(3年次) 4. 上記以外の見学			番号
見学希望診療科					
見学 希望日	第1希望				
	第2希望				
	第3希望				
他に希望があれば、 具体的に記入してく ださい。					

住所：〒399-8288 長野県安曇野市豊科 3100

電話：0263-73-6700 FAX：0263-73-5432

Eメール：kodomo@pref-nagano-hosp.jp