

大田病院

見学・実習参加登録用紙

※【お申し込みの前にお読みください】

大田病院では実習以外にも、医療の道を志す医学生の視野を広げる企画を行っており、実習参加者のみなさんへ案内を送信する事でお知らせをしています。

今回の実習へのお申し込みにつき当院が取得した個人情報については、専任の担当者が責任を持って管理し、外部流用は一切いたしません。また、企画のお知らせや進路に関するアンケート等以外には使用いたしません。

フリガナ 名前	男・女	生年月日	年	月	日			
	大学名		(学部)	学年		年
部活・サークル等	()	その他学内、学外での諸活動	()	
現住所 〒					連絡先	()
帰省先住所 〒					連絡先	()
携帯								
E-mail (携帯)								
E-mail (PC)								

※主にメール連絡のためアドレスの記入は必須です

下記アンケートにお答えください。

やってみたい事がありますか？ ○をつけてください (いくつでも可)

- ・プライマリーケア実習
- ・診療所外来
- ・往診
- ・救急外来
- ・地域医療体験
- ・手術見学
- ・研修医密着
- ・各種検査見学
- ・救急車同乗
- ・夜間当直
- ・訪問看護
- ・臨床事例学習
- ・心電図学習
- ・リハビリテーション
- ・看護実習
- ・歯科実習
- ・薬局実習
- ・デイケア
- ・医師、医療スタッフとの懇談
- ・患者様、利用者様との懇談
- ・医学生、医療系学生同士の交流
- ・その他 ()

【お申し込み・お問い合わせ】大田病院医局 医学生担当

TEL/03-3762-8421(代表) FAX/03-3762-0743(直通) e-mail/igakusei@jounanhoujin.or.jp