

旭川圭泉会病院 病院見学申込書

氏名	フリガナ	性別	男・女	年齢	歳
現住所	〒 -			出身地	
連絡先	- -		Mail		
臨床研修中の方	卒業大学	平成・昭和	年	月	卒
現研修先					
勤務医の方	卒業大学	平成・昭和	年	月	卒
現勤務先					
見学希望日程	月 日 ~ 月 日 の 間				
宿泊	日帰り ・ 宿泊				
その他	見学時の質問事項や当院について特にご興味のある事をお知らせください				
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>					

※上記内容を記載の上、下記まで郵送もしくはメール添付でお送り下さい

〒078-8208

旭川市東旭川町下兵村252番地

医療法人社団 旭川圭泉会病院

担当 総務課 藪下 淳

TEL (0166) 36-1559 mail soumubu@keisenkai.or.jp

※見学時必要書類

- ・ 病院見学申込書
- ・ 履歴書
- ・ 医師免許証写し
- ・ 専門医等の保有資格写し
(保有している方のみ)

以上、書類を合わせてお送り下さい

※日程につきましては改めて調整のご連絡を致します

頂いた個人情報に関しては当院で保守管理を厳重に行い、病院見学対応者のみ閲覧致します