

徳島県立中央病院臨床研修説明会 参加申込書

徳島県立中央病院 事務局 総務担当 行
(FAX 088-631-8354)

令和4年 月 日

ふりがな	性別
氏名	男 ・ 女
学校名	学年 年
電話番号	— —
参加方法	<input type="checkbox"/> 現地（県立中央病院） <input type="checkbox"/> web（Zoom）
病院見学会※	<input type="checkbox"/> 参加希望 ※説明会の前に院内をご案内します。希望者のみ。
メールアドレス (招待メール受信先)	
〒	-
現住所	都道府県 区市町郡
出身都道府県	興味のある診療分野
質問欄	

電子申請（下記QRコード経由）、メール、郵送、ファックスにてお申し込みが可能です。

令和4年6月9日（木）までにお申し込みください。

メールにてお申し込みの場合は件名欄に「臨床研修説明会参加申込」と記入し本文に必要事項をご記入ください。

Zoomでの参加御希望の方には、後日、招待メールを送信いたします。
もし届かない場合はお手数ですが6月10日（金）の午前中までにご連絡ください。

事前に質問を受け付けます。申込書に記載頂いても、別途メール等でもOKです。
当日の質問も大歓迎です！



<送付先>
徳島県立中央病院 事務局 総務担当

〒770-8539 徳島市蔵本町1丁目10-3
TEL 088-631-7151 FAX 088-631-8354
E-mail kenshu@tph.gr.jp