消化器科見学申込書

武蔵野赤十字病院　消化器科

FAX: 0422-32-3525

記入日	平成　　年　　月　　日			
ふりがな 氏名／性別／年齢	／　男・女　／　　歳			
出身校／卒業年				
現勤務先／所属／職名				
住所	〒　—			
電話番号	1　—　—	2　—　—		
Eメールアドレス	1　@			
	2　@			
希望見学日	第1希望	第2希望	第3希望	（予備）
	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）
	火曜日は腹腔鏡検査、ラジオ波焼灼術の見学と消化器科カンファレンスの出席が可能です。 ※但し、状況により異なることがあります。			
備考				
	※志望理由など、ご自由にご記入下さい。			