

記載日：平成 年 月 日

新宿ヒロクリニック 診療研修・見学申込書

氏名	フリガナ	性別	男性・女性
		生年月日	年 月 日生 () 歳
連絡先住所	〒		
TEL	☆自宅	☆携帯	
E-Mail			
学校または勤務先	○名称		
	○連絡先 〒 TEL		
自己PR等			

〔研修・見学希望について〕

注意事項

※時間は8:30～19:00頃までといたします。8:30(時間厳守)までにクリニックにお越し下さい。

※見学時の服装：患者様のご自宅に伺いますので清潔、平服のスタイルでお越し下さい。

希望内容	1.研修 2.見学 3.その他 ()
見学・実習希望職種	1.医師 2.看護師 3.理学療法士 4.その他 ()
希望期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 (日間) ※当院の都合により希望日は変更になる場合があります。
見学・実習の目的	
その他希望	

研修・見学の申し込みは1ヶ月前に届くようお願いいたします。

申し込みにあたり、本申込書と別紙誓約書をお送り願います。

申し込み先

〒163-0023 新宿区西新宿3-3-11 第2杉本ビル3階

医療法人社団三育会) 新宿ヒロクリニック

TEL: 03-5909-1220 fax:03-5909-1233 担当: MSW 唐木