

病 院 見 学 記 録 用 紙

見学日：平成 年 月 日（ ）

よみがな		生年月日	昭和・平成 年 月 日		
氏 名		出身地 (都道府県・ 市郡)	都道府県 市郡	性別	
住 所	〒				
所属大学	大学 医学部 年生				
電 話		F A X			
携帯電話					
E-Mail	@				
将来の希望					
見学希望診療科					
現在の 研修志望 病院順位	1.	見学の有・無	見学の理由		
	2.	見学の有・無	見学の理由		
	3.	見学の有・無	見学の理由		
	その他の事項（滋賀医科大学を見学した理由・クラブ活動・特技・社会活動・将来の夢など）				
希望事項					

※見学者の個人情報は、病院見学に関する連絡に限り使用し、それ以外の目的には使用しません。