宮崎県専門研修説明会　参加申込用紙

|  |
| --- |
| 【送付先】  メール：　[ishishohei@pref.miyazaki.lg.jp](mailto:ishishohei@pref.miyazaki.lg.jp)  　　　　　※件名に「6/24 宮崎県専門研修説明会　参加申込」と記入のこと。  郵　送：〒880-8501 宮崎市橘通東２－１０－１　宮崎県医療薬務課内  　　　　宮崎県地域医療支援機構事務局　行  〆切り：６月16日（金）必着 |

【記入事項（必須）】

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒　　- |
| メール |  |
| 電話番号 |  |
| 現在の所属  （病院名・大学名） |  |
| 現所属の在籍年数 | 年 |
| 出身地 | 県　　　　　　　　　　市・町・村 |
| 出身高校 | 高校 |

【病院見学申込（希望者のみ）】

　研修医は１ヶ所の基幹施設、医学生は原則２ヶ所以上の臨床研修病院を見学することで、

旅費の一部支援を行います。

　病院見学を希望する方は、下記も御記入の上、提出してください。

　※各病院との連絡が必要になるため、上記項目のメール・電話番号は必ず記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 見学希望の病院  （研修医用） | ＜※研修医用＞　１ヶ所以上を選択してください。  宮崎大学医学部附属病院　　県立宮崎病院  古賀総合病院　　宮崎生協病院 |
| （医学生用） | ＜※医学生用＞　　２ヶ所以上を選択してください。  宮崎大学医学部附属病院　　県立宮崎病院  古賀総合病院　　宮崎生協病院  県立日南病院（日南市）  県立延岡病院（延岡市）/ 藤元総合病院（都城市）･･･1ヶ所のみでOK |
| 見学希望日 | ※土日は対応しておりません。  第１希望日：６月　　日（　　）  第２希望日：６月　　日（　　） |
| 見学希望診療科  （自由記述） |  |

※今回いただいた個人情報は、宮崎県個人情報保護条例に基づき適正に運用いたします。

「宮崎県地域医療支援機構（事務局：宮崎県医療薬務課）」が、本県の医療情報をメール又は郵送にて情報発信する場合に限って利用し、それ以外の目的で使用したり、第三者に提供することはありません。