

お問い合わせフォームにおいて、通信環境に不具合が生じております。

そのため、お手数ですがお申し込みを希望される場合は、下記事項を記載のうえ、

アドレス 504-kenshubu@mail.hosp.go.jp へ見学希望日の2週間までに送信してください。

①お名前※

②フリガナ※

③性別※

④在学または出身大学※

在学の場合は、4年次か5年次か6年次か、卒業の場合は西暦で何年卒か

⑤住所（郵便番号もご記入ください。）

⑥電話番号※

⑦メールアドレス※

⑧帰省先のご住所※

現住所と同じ場合は、現住所と同じ とご記入ください。

⑨帰省先の電話番号※

現住所と同じ場合は、現住所と同じ とご記入ください。

⑩ご希望見学日時※（申込時より2週間以内の場合、見学対応できないことがありますので御了承ください）

第一希望日、

第二希望日

第三希望日

⑪希望時間

午前（9時30分～12時） 午後（13時30分～16時） どちらでもよい

の3つから希望するものをご記入ください。

その他の希望がある場合は、「備考欄」にご入力ください

⑫見学希望診療科

初期研修か専門研修（専攻医）か記載してください。

そのうえで、初期研修または、専門研修（専攻医）で確認したい事項がありますので、下記も記載してください。

○初期研修

見学を希望される診療科を最大2科までご記入ください。

【内科系】 消化器内科 循環器内科 呼吸器内科 血液内科 糖尿病・代謝内科 腎臓内科 脳神経内科 総合診療科

【外科系】 外科 呼吸器外科 心臓血管外科 整形外科 泌尿器科 形成外科 脳神経外科

【小児系】

小児科 新生児科

【専門診療科】

産婦人科 皮膚科 眼科 臨床検査科（病理） 救急科 耳鼻咽喉科 放射線科

○専門研修（専攻医）

現在の勤務病院名

卒後年数 1年 2年 3年 4年 5年

希望研修プログラム

・内科専門医研修プログラム

（希望コースがある方は入力してください）

内科全般コース 専攻科重点コース（希望専攻科）

・外科専門研修プログラム

・総合診療科専門医研修プログラム

⑬備考欄

以上の項目です。

記載例

①岡山 医療

②オカヤマ イリョウ

③男

④●●大学2022年3月卒業

⑤701-1192

岡山市北区田益1711-1

⑥086-294-9911

⑦504-info@mail.hosp.go.jp

⑧現住所と同じ

⑨現住所と同じ

⑩第一希望令和6年9月2日（月）

第二希望令和6年9月3日（火）

第三希望令和6年9月4日（水）

⑪いずれの日もどちらでもよい

⑫例1 初期研修を希望、診療科は消化器内科 救急科

例2 専門研修（専攻医）を希望、△△病院勤務、卒後3年、内科専門医研修プログラムの内科全般コース