

東京医科大学茨城医療センター 病院見学申込書

見学者情報

フリガナ			
氏名			
所属・出身大学		学年又は 卒業年度	
電話番号（携帯）	-		-
メールアドレス	@		
現住所	〒	-	都道 府県
			区市 町郡

見学希望内容

見学希望診療科	※複数回答可
見学希望日	※候補日を複数ご記入ください
見学希望日程	半日 ・ 1日
見学理由	
その他	

申込先：E-mail ksotsugo@tokyo-med.ac.jp 又は FAX 029-887-1355

東京医科大学茨城医療センター
 卒後臨床研修センター事務局
 〒300-0359
 茨城県稲敷郡阿見町中央 3-20-1
 TEL 029-887-1161（代表）