

＜医学生向け＞  
 県立病院見学バスツアー参加申込書

フリガナ			
氏名			
性別	男 ・ 女	TEL	
E-Mail	<small>※申込後の連絡に使用しますので、必ずご記入ください。(PC用アドレスをお願いします。大学のアドレスがありましたらそちらで構いません。)</small>		
住所	〒 _____		
出身都道府県		出身高校名	
出身(在籍)大学名		学 年	
手術衣のサイズ(男女共用)	S ・ M ・ L		
懇親会の参加 ※参加費無料 <small>(最終日の夜に研修医・指導医との懇親会を予定しています)</small>	参加する ・ 参加しない		
今後の情報配信の希望	希望する ・ 希望しない		
ご要望等			

※個人情報については「宮崎県個人情報保護条例」に従い適正な管理を行うとともに、個人情報の保護に努めます。

**お申し込み先 宮崎県病院局 経営管理課 担当:坂本 宛**  
 宛先: 〒880-8501 宮崎県宮崎市橘通東2丁目10-1  
 E-MAIL: sakamoto-yoshihisa@pref.miyazaki.lg.jp  
 TEL: 0985-26-7080 FAX: 0985-26-7341