**【長浜赤十字病院】**

**Ｗｅｂ相談申し込み用紙**

申し込み日 令和　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 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 | 性別 |
| 男　女 |
| 住　　所 | 〒 | | | | |
| 所属大学 | 大学　医学部　　　年生　／　令和　　　年３月　卒業予定 | | | | |
| 携帯電話 |  | | その他電話 |  | |
| Ｅ－Mail | @ | | | | |
| 自己 紹介 | （例：クラブ活動・特技・社会活動など） | | | | |
| 将来の 希望 |  | | | | |
| 質問事項 |  | | | | |
| 希望する  相談者 | ［　］医師　　［　］研修医　　［　］両方　　［　］どちらでも良い  ※できる限り調整しますが、ご希望通りにならないこともございます。 | | | | |
| 希望日時 | 第一希望 | 令和　　年　　月　　日　　　時　　分　～　　時　　分 | | | |
| 第二希望 | 令和　　年　　月　　日　　　時　　分　～　　時　　分 | | | |
| 第三希望 | 令和　　年　　月　　日　　　時　　分　～　　時　　分 | | | |

※Web相談はZOOMを使用しますので、実施日までにダウンロードして使えるようにしてください。また、ZOOMに相談者のメールアドレスを登録して呼び出しますので、本用紙にはZOOMに登録しているアドレスと同じアドレスをご記入ください。

※個人情報は、病院見学ならびに当院初期研修医募集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。