



氏名	フリガナ		性別	年齢	歳		
現住所	〒		TEL				
			e-mail				
初期研修 医療機関			初期研修年次	1年次 / 2年次 / その他			
学歴	修業期間		学校・学部・学科				
	年	月～	年	月	(高校)		
	年	月～	年	月			
	年	月～	年	月			
職歴	勤務期間		勤務先				
	年	月～	年	月			
	年	月～	年	月			
	年	月～	年	月			
希望日程	第1希望日	月	日	時～	月	日	時まで
	第2希望日	月	日	時～	月	日	時まで
	第3希望日	月	日	時～	月	日	時まで
希望欄	来院の際に特に興味のある事、質問事項をお聞かせ下さい						

- ※ 上記申請書記載の上、下記連絡先までメール添付もしくは郵送でご連絡下さい。
〒042-8678 函館市湯川町1丁目31番地1号
社会医療法人 函館博栄会 函館渡辺病院 精神科教育・研究支援センター 宛て
TEL：(0138) 59-2221 e-mail：wata-kyouiku@hakodatewatanabe.or.jp
- ※ 日程や、コロナウイルスの感染拡大状況によっては当院の都合で変更させていただく場合もありますのでその際には改めてご連絡致します。
- ※ その他、事前に質問などございましたらお問い合わせ下さい。

＜病院見学へのご質問・ご相談は＞
社会医療法人 函館博栄会 函館渡辺病院
精神科教育・研究支援センター
TEL (0138) 59-2221
E-mail：wata-kyouiku@hakodatewatanabe.or.jp