



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									
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