**【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。