

返信用FAX用紙

FAX番号：096-373-5796　　　メールアドレス：k-joseiishi@kumamoto-u.ac.jp

熊本県女性医師キャリア支援センター　　高塚　行

**お留守番医師体験申込**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | お　名　前 |  |
| 2 | 卒　業　年 |  |
| 3 | 出　身　医　局 |  |
| 4 | 専　攻 |  |
| 5 | 職　歴 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 6 | 学びたいこと |  |
|  |
| 7 | 喫煙について | □する　　　□しない |
| 8 | メディッコクラブの利用希望 | □希望する　　　□希望しない |
| 9 | 連絡先(電話または携帯） |  |
| 10 | 連絡先(メールアドレス） |  |
| 11 | 希　望　体　験　先 （医療機関） | 第一希望 |
| 第二希望 |
| 第三希望 |
| 備考など |