

**<医学生向け>**  
**県立病院見学バスツアー参加申込書**

フリガナ		TEL	
氏 名		E-Mail	※申込後の連絡に使用しますので、必ずご記入ください。 (できるだけPC用アドレスをお願いします。)
住 所	〒           —		
出身都道府県		出身高校名	
出身(在籍)大学名		学 年	
手術衣のサイズ(男女共用)	S       ・       M       ・       L		
<b>懇親会の参加 ※参加費無料</b> <small>(最終日の夜に研修医・指導医との懇親会を予定しています)</small>	参加する       ・       参加しない		
今後の情報配信の希望	希望する       ・       希望しない		
ご要望等			

※個人情報については「宮崎県個人情報保護条例」に従い適正な管理を行うとともに、個人情報の保護に努めます。

**お申し込み先 宮崎県病院局 経営管理課 担当:坂本 宛**  
 宛先: 〒880-8501 宮崎県宮崎市橘通東2丁目10-1  
**E-MAIL: sakamoto-yoshihisa@pref.miyazaki.lg.jp**  
**TEL: 0985-26-7080      FAX: 0985-26-7341**