

## 病院見学について

月曜から金曜まで（祝祭日を除く）随時お受けしております。

お問い合わせは、下記メールアドレスにお願いします。

お問い合わせの際に、次の事項を簡条書きにて明記してください。

①氏名（ふりがな）：

②大学名：

③学年：

④生年月日：

⑤性別：

⑥〒・住所：

⑦電話番号：

⑧希望診療科（1日1科です）

\*内科、外科、整形外科、眼科、をご希望の場合は、分野や興味のある症例など詳しく記載ください。

内 科……腎臓内科、呼吸器内科、肝胆膵内科、糖尿病・内分泌内科、  
消化器内科、循環器内科、脳神経内科 など

外 科……上部消化管、下部消化管、肝胆膵、呼吸器 など

整形外科……脊椎外科、股関節、人工膝関節、リウマチ、手の外科、  
足の外科、肘関節、スポーツ膝関節、肩関節 など

眼 科……白内障、緑内障、ぶどう膜炎、網膜硝子体 など

⑨希望日（違う曜日で3日程度）、

⑩見学希望の動機など（簡単なもので結構です）

### <問い合わせ先>

独立行政法人 地域医療機能推進機構 大阪病院  
総務企画課 臨床研修事務局

E-mail : リンショクケンシュウ  
[rinshokenshu@osaka.icho.go.jp](mailto:rinshokenshu@osaka.icho.go.jp)

〒553-0003 大阪市福島区福島 4-2-78

TEL : 06-6441-5451 (代)

FAX : 06-6445-8900