

病院見学について

月曜から金曜まで（祝祭日・夜間を除く）随時お受けしております。

【診療科により見学者受入れ曜日は異なります】

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、次の事項を箇条書きにて明記してください。

●必要事項●

- ① 氏名(フリガナ) ()
- ② 勤務先・職位 ()病院 (初期・後期)研修医 ()年目
- ③ 出身大学名・卒年 ()大学 ()年卒
- ④ 生年月日 ()年 ()月 ()日生
- ⑤ 性別 (男 ・ 女)
- ⑥ 住所 〒(-)
()
- ⑦ 電話番号 携帯 ()
メールアドレス
- ⑧ 見学希望診療科 (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。
(例) 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 見学希望日(違う曜日で3日程度指定していただき、併せて曜日もご記入ください)
- ⑩ 見学希望の動機【簡単で結構です】

<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

E-mail : [rinshokenshu@osaka.icho.go.jp](mailto:rinhokenshu@osaka.icho.go.jp)

〒553-0003 大阪市福島区福島 4-2-78

T E L : 06-6441-5451 (代) F A X : 06-6445-8900