

参加申込書

●3月19日(木)プログラム説明会・病院見学会へ参加する

フリガナ	
氏名	
大学名(卒業年月)	大学 (年 月 卒業・卒業見込)
電話番号	
メールアドレス	
医局見学第一希望	
医局見学第二希望	

※本紙を以下の連絡先までお送りください。

＜問い合わせ先＞
北海道大学病院 臨床研修センター
担当：長尾

〒060-8648 札幌市北区北14条西5丁目
TEL:011-706-7045(直通)
FAX:011-706-7051
E-mail:skenshu@med.hokudai.ac.jp