**北里大学医学部内分泌代謝内科学　問い合わせフォーム**

|  |  |
| --- | --- |
| **ふりがな****氏 名** |  |
| **e-mail address****(携帯番号)** |  |
| **勤務先** |  |
| **卒業大学名** |  |
| **医師キャリア年数****or卒業年数****or学年(医学部)** |  |
| **見学希望日※** | **第1候補日：****第2候補日：****第3候補日：** |
| **備考(質問等)** |  |

※見学希望日に関しましては基本的にはどこの曜日でも構いませんが、当科は月曜日に

回診・チャートカンファレンスを行っておりますので、月曜日に見学していただけます

と、より当科の診療および業務内容や雰囲気が分かるかと思います。

作成後は北里大学医学部内分泌代謝内科：正木嗣人宛に問い合わせフォームを添付し

メールしてください。