**福岡市保健福祉センター（保健所）見学申込書**

◆見学希望日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *記入例* | 第一希望 | 第二希望 | 第三希望 | 第四希望 |
| 日　付 | *５/１（火）* |  |  |  |  |
| 時間帯 | *午後* |  |  |  |  |

◆見学希望者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ  氏　名 | |  |
| 年　齢 | | （　　　　）歳 |
| 連絡先 | 電話番号 |  |
| ｅメール |  |

◆簡単なプロフィール

|  |  |
| --- | --- |
| 医師免許  取得年次 | 平成（　　　）年 |
| 現在の担当  診療科名 | （　　　　　　　　）科  その他（　　　　　　　） |

（申込先）

福岡市保健福祉局健康医療部地域医療課

**TEL** 　092-711-4892

**FAX** 　092-733-5535

**Mail**　chiikiiryo.PHWB@city.fukuoka.lg.jp