

病院見学のご案内

病院見学を希望される方は、下記の項目をメール本文に記入し、左記のアドレス(sikasien@to.jim.u-ryukyu.ac.jp)までお申し込み下さい。申込み受付後、担当者から改めてご連絡いたします。
多くの方々のお申し込みをお待ちしております。

記

○琉球大学医学部附属病院見学願(歯科口腔外科)

1. 氏名(ふりがな)
2. 大学名・年次(又は卒業年)
3. 連絡先 : 住所
電話(自宅及び携帯電話)
E-mail

(※携帯のアドレス等連絡が付きやすいアドレスで、パソコンから送信できるものをお願いします。)

4. 見学希望日
第1希望: 月 日()
第2希望: 月 日()
第3希望: 月 日()

5. その他

※ 特に希望する見学内容やその他の要望等があれば記入して下さい。

歯科医師臨床研修に関する問い合わせ先

歯科医師臨床研修支援室(事務担当:医学部総務課教育研修係)

TEL:098-895-1013 FAX:098-895-1090

E-mail : sikasien@to.jim.u-ryukyu.ac.jp