

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（kensyu@acs.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:上原キャンパス事務部総務課教育研修係)

TEL:098-895-1013 FAX:098-895-1099

E-mail: kensyu@acs.u-ryukyu.ac.jp