近畿地区臨床研修病院説明会

受　付　票

※該当する項目のアルファベットを○で囲み、□へは数字を記載してください。

① 臨床研修区分　　A 医　科　　B 歯　科　　C その他

※「C その他」の方については、②に「所属」・「氏名」・「目的」のみをご記入ください。

② 所属・出身大学名等　【　　】

③ 出身地都道府県名　【　　都　道　府　県　】

④ 学年等区分　A 4年生以下　B 5年生　C 6年生　D 既卒者

⑤ 本説明会の開催情報は、どのようにして知りましたか（複数回答可）

Ⅰ掲示物等
- A 大学内ポスター
- B 大学での配布チラシ
- C その他（　　）

Ⅱｲﾝﾀｰﾈｯﾄ
- A 近畿地区 臨床研修病院説明会ホームページ
- B 近畿厚生局ホームページ
- C 医療研修推進財団・歯科医療振興財団 ホームページ
- D マッチング協議会ホームページ
- E ホテル大阪ベイタワーホームページ
- F その他ホームページ（　　）

Ⅲﾒｰﾙ･ｸﾁｺﾐ等
- A 事務局等の大学関係者からの情報提供
- B 学年担当教授等の大学関係者からの情報提供
- C 学生間での連絡メール等の情報提供
- D Facebook、Twitter 等のＳＮＳ
- E 個人的なメールやクチコミ
- F その他（　　）

尚、どの時期に本説明会をお知りになりましたでしょうか？□月 上・中・下旬

⑥ 本日の参加予定（複数回答可）
- A 病院説明会（各病院のブース）
- B 制度説明会（厚生局の説明会）
- C 相談窓口（厚生局の相談窓口）

⑦ 訪問予定の病院数□病院　※病院数を数字で記入下さい

⑧ 来年度も参加されますか？（平成 30 年 2 月 17 日[土]を予定しております。）

A 参加する　　B 参加しない　理由（　　）

⑨ 来年度開催の情報を友人、知人にご紹介して頂けますか？

A する　　B しない　　理由（　　）

※ 来期の本説明会の開催情報を希望される場合は、以下にメールアドレスをご記入下さい。
尚、本説明会に関する情報のご案内以外には一切使用しません。

〔 ＰＣ　　@　　携帯　　@　　〕