

“平塚市民病院臨床研修見学者”アンケート

No. _____

見学日 年 月 日	よみがな 氏名	生年月日 年 月 日
〒 住所	電話 () e-mail	
学校名	卒業見込み年次 西暦) 年 3月	
出身地	出身高校	趣味 (クラブ活動など)
セールスポイント		
当院の情報をどのように知りましたか？		
<input type="checkbox"/> インターネット	⇒ <input type="checkbox"/> 当院ホームページ	<input type="checkbox"/> レジナビ
<input type="checkbox"/> 合同病院説明会	⇒ <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> REIS
<input type="checkbox"/> 紹介	⇒ <input type="checkbox"/> レジナビフェア (開催: 年 月)	<input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> オンライン説明会	⇒ <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 紹介者(所属・氏名:)