年　　月　　　日

 病院見学申請書

那須赤十字病院院長　様

 下記により見学をお願いいたしたく申請いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| フ リ ガ ナ申請者氏名生年月日 |  　氏名　　　【　　　　年　　　月　　日】 性別  |
| 申請者連絡先 | 〒住所電話番号もしくは携帯番号メールアドレス　 |
| 在籍(出身)大学及び学年 |  | 部活動 |  |
| 出身地 |  |
| 出身高校 |  |
| 見学希望日 | 日帰り | 第一希望　　　　　　　　年　　　月　　日(　　　)　第二希望　　　　　　　　年　　　月　　日(　　　)　第三希望　　　　　　　　年　　　月　　日(　　　)　 |
| １泊２日 | 第一希望　　　　　　　　年　　月　　日（　　）～　　月　　日（　　）第二希望　　　　　　　　年　　月　　日（　　）～　　月　　日（　　） |
| 見学希望科(複数可能) |  |
| 見学希望理由 |  |

|  |
| --- |
| ※　病院処理欄 |
| 受付年月日　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | 受理年月日　　　　　　　年　　　　月　　　日 |
| 医局担当者　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 事務担当者　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ＊　病院対応 |  |