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 |  |