年　　月　　日

大 田 市 立 病 院

院長　山　形　真　吾　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

住　　　所

氏　　　名

病院見学申請書

下記のとおり、貴病院の見学を希望したいので許可いただきますよう申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 |  |
| 氏　名 |  | 年齢 |  |
| 所　属 |  | 学年 |  |
| 連絡先 | 住所：〒 |
| 電話(携帯)： |
| Mail： |
| 見学希望日 | 第１希望：　　　　年　　月　　日 ～　　　　年　　月　　日第2希望：　　　　年　　月　　日 ～　　　　年　　月　　日 |
| 見学内容希望 | 〇診療科〇内容（外来・病棟・手術・救急・研修医の様子など）〇施設（院内、宿舎等） |
| 見学目的 |  |
| 交通手段 | □自家用車　　　　　　　㎞　（居所からの距離）□ＪＲ　（　　　　　　　駅　～　　　　　　駅）□バス　（　　　　　　　　　～　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他要望等 |  |