

平成 年 月 日

# 病院見学申込書

ふりがな					
申込者氏名		性別	男・女	生年月日	昭和 平成 年 月 日
住 所	〒	電話：（日中連絡のつく電話を記載のこと） （ ） —			
		E-Mail @			
在 学 校 名 （出身大学）				卒業年 （卒業予定年）	平成 年
見学希望日	第1希望：平成 年 月 日（曜日） 第2希望：平成 年 月 日（曜日）				
具体的な 見学希望 内 容	■見学を希望する診療科：（ ）科 ■研修医と同行し、実際の研修風景の見学を希望しますか：（ する ・ しない ） ※希望の科に研修医が不在など、同行出来ない場合も有ります。				

見学を希望する診療科と日程を調整のうえ、事務担当者から連絡いたします。

※ 申込書の送付先

〒432-8580

静岡県中区富塚町 328

浜松医療センター 経営管理課 事業管理係

病院見学担当 宛

FAX : 053-451-2766

E-Mail : jinji@hmedc.or.jp