

年 月 日

病院見学申込書

ふりがな		性別	男 ・ 女	生年月日	昭和	年 月 日
申込者氏名					平成	
住 所	〒	電話：（日中連絡のつく電話を記載のこと） （ ） —				
		E-Mail @				
在学学校名 （出身大学）				卒業年	年	
				（卒業予定年）		
出身地	都 ・ 道 ・ 府 ・ 県			区 ・ 市		
見学希望日	第 1 希望：	年	月	日（	曜日）	
	第 2 希望：	年	月	日（	曜日）	
具体的な 見学希望 ・ 内 容	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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 ） <p>※事情により同行できない場合もありますので、ご了承ください。</p>					

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 総務課 人事係

病院見学担当 宛

FAX : 053-451-2766

E-Mail : jinji@hmedc.or.jp