

年 月 日

## 病院見学申込書

ふりがな		性別	男・女	生年月日	昭和 平成	年 月 日
申込者氏名						
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 (出身学校名)		卒業年 (卒業予定年)				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)
	第3希望：	年	月	日	(	曜日)
見学希望 職種	診療放射線技術科・臨床検査技術科・管理栄養科・臨床工学科・薬剤科・リハビリテーション科 看護部(看護師・助産師)・あゆみ保育園(保育士)・事務 ※見学希望の科に丸を付けてください					
備考						

※①見学を希望する職種と日程を調整のうえ、事務担当者から連絡いたします。

※②複数人で見学を希望される場合は代表者名を【申込者氏名】に記入し、そのほかの方のお名前を【備考】に記載をお願いいたします。

### ■ 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