

◆病院見学申込書◆

秦野赤十字病院長 殿

貴院において病院見学を行いたいので、下記の通り申し込みます。

【申込日】

■令和 年 月 日

【希望日】

■第一希望 令和 年 月 日、■第二希望 令和 年 月 日

【氏名】

■ふりがな _____

■氏名 _____ ()男 ()女 ※どちらかに○を記入

【生年月日】

■昭和・平成 年 月 日(満 歳)

【現住所・連絡先】

■〒 _____

■ _____ 県 _____ 市

■Tel (_____) _____

■e-mail: _____ @ _____

【現住所以外の連絡先(なければ未記入で結構です)】

■〒 _____

■ _____ 県 _____ 市

【出身地】

■ _____ 県 _____ (市・町・村)

【大学(出身大学)】

■大学名(_____ 大学 年)

【卒業(見込)年月】

■令和 年 月 卒業・卒業見込

【将来進みたい診療科】

■ _____

【質問事項(ご自由にご記入ください)】

■ _____

見学時の交通手段(番号を記入してください)

■ _____ (①自家用車 ・②電車 ・③その他 (_____))