

# 大分赤十字病院見学申込書

令和 年 月 日

大分赤十字病院長 様

私は、大分赤十字病院において、病院見学を希望しますので申し込みいたします。

フリガナ 氏 名	----- ( 男 ・ 女 )		
生年月日	年	月	日 (満 才)
フリガナ 住 所	〒		
連 絡 先	(自宅)	(携帯)	
E - mail			
所属(出身)大学	大学	学部	年生
見学希望診療科 (○印を記入)	1. 内 科 ( 科 ) ※腎臓、循環器などご記入下さい 2. 外 科 3. 救急科 (他科を見学しつつ、救急があれば電話にて呼び出します。) 4. その他 ( 科 ) ※一日に見学できるのは、2つの診療科+救急科までとなります。		
第1見学希望日	令和	年	月 日 曜日 時～ 時
第2見学希望日	令和	年	月 日 曜日 時～ 時
第3見学希望日	令和	年	月 日 曜日 時～ 時
※何かご希望があればご記入下さい。			