**大分赤十字病院見学申込書**

　　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 |  | |
| 〒 | |
|  | （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．その他（　　　　　　　　　　科　）  ※一日に見学できるのは、２つの診療科までとなります。 | |
| 第１見学希望日 | 年　　　月　　　日　　　曜日　　　　時～　　　時 | |
| 第２見学希望日 | 年　　　月　　　日　　　曜日　　　　時～　　　時 | |
| 第３見学希望日 | 年　　　月　　　日　　　曜日　　　　時～　　　時 | |
| ※何かご希望があればご記入下さい。 | |