**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。 |