見学・実習申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 申 込 日 | 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| ／性別／年齢 | 　　　　　　　　　　　　　　　／　男　・　女　　／　　　歳 |
| 学校／学年 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　大学　　　　　　　年 |
| 住　所 | 〒　　　－　　　　 |
| 電話番号 | 携帯　　　　　　　　 |
| 自宅　　　　　　　　 |
| Ｅメールアドレス | 　　　　　　　　　　　＠　　　　　　　　 |
| 希望見学日 | 第一希望　　　月　　日（　　）～　　　月　　日　　（　　） |
| 第二希望　　　月　　日（　　）～　　　月　　日　　（　　） |
| 第三希望　　　月　　日（　　）～　　　月　　日　　（　　） |
| ※見学は原則として平日8：30～17：00です。土日祝日はお受けできません。 |
| 希望見学科 | 第一希望 | 第二希望 | 第三希望 |
|  |  |  |
| 備　　考 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 決定事項※病院記入事項 | 見学日 | 　月　　　日（　　）～　　月　　　日（　　） |
| 診療科 | 　　 |

　※備考欄には見学に関する希望を自由に記入して下さい。