

令和 年 月 日

高松市立みんなの病院 病院長 殿

見学希望者 住所
氏名

病 院 見 学 依 頼 書

次のとおり病院見学を希望します。

記

フリガナ		性別
氏名		男・女
現住所	〒 -	
連絡先	- - (自宅・携帯) e-mail:	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)	
大学名	大学 年 卒業(見込)年月 年 月	
出身地	都・道・府・県 区・市・郡	
見学希望日	第1希望 年 月 日 第2希望 年 月 日	
希望する診療科 見学の内容		
交通手段	公共交通機関(JR・高速バス)・自家用車・その他()	
その他 (質問など)		

※在学証明書若しくは学生証の写しを添付してください。また、見学当日に、原本の提示をお願いします。