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。