中津川市民病院見学申請書

令和　　年　　月　　日

１．　申請者　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

出身大学　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　出身地　＿＿＿＿＿＿＿＿

卒年（予定）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿年＿＿＿＿

生年月日　＿＿＿＿年　　月　　日＿＿＿＿

２．　見学希望日　＿＿＿＿月　　日＿＿＿＿

希望時間帯　＿＿時　～　　時　　特になし＿

希望診療科　＿①　　科　②　　科　　特になし＿

※特に希望がない場合は、特になしに○

３．　その他希望等がありましたらご記入ください

４．　連絡先（携帯電話、PC アドレス等）

電話番号　＿＿＿＿－　　－＿＿＿＿

メールアドレス　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿@＿＿＿＿＿＿＿＿