年　　月　　日

病院見学　申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | 性別 |
| 氏名 | |  | 男・女 |
| 住所 | |  | |
| 大学名 | |  | |
| 学年 | |  | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | |
| メールアドレス |  | |
| 見学希望日  ＊初めての方は火曜日・水曜日  　その他の方は月曜日～金曜日  　でお願いします。 | | 第1希望　　　月　　　日（　　） | |
| 第2希望　　　月　　　日（　　） | |
| 第3希望　　　月　　　日（　　） | |
| 見学希望診療科  ＊救急科は火曜日・水曜日可　　です。  神経内科・総合診療科は除いて下さい。 | | 第1希望 | |
| 第2希望 | |
| 第3希望 | |
| コロナワクチン接種について | | （　　）回接種済み 　　その他（　　　　　　　　） | |
| その他の希望  連絡事項など | |  | |

公立藤岡総合病院　研修管理センター