

見学実習申込書

お名前(ふりがな)： ()
大学名(学年)： (年)
電 話： 携帯電話：
e-mail：
◇見学実習ご希望日・ご希望診療科 第1希望日程： 年 月 日 ～ 年 月 日 第2希望日程： 年 月 日 ～ 年 月 日 第3希望日程： 年 月 日 ～ 年 月 日 第1希望診療科： _____ 第2希望診療科： _____ 第3希望診療科： _____ ※2日以上の見学実習で希望診療科が複数ある場合は、何日ずつ希望するかをお知らせください。
備考[ご質問・ご連絡等がありましたらこちらへご記入お願いします]
※日程・診療科等は調整後決まりしだいご連絡いたします。その際に来院日・時間・食事・宿泊予定をお伺いいたします。 連絡方法はメールを優先し、メールが無い場合はお電話いたします。 <u>◎お申込みは希望日の2週間前までにお願いします。</u>