

福島赤十字病院 病院見学申込書

申込日：平成 年 月 日

福島赤十字病院

院長 芳賀 甚市 様

氏名 印

私は、貴院において病院見学を行いたく、下記のとおり申込みいたします。

記

1. 見学希望診療科（希望診療科をチェックしてください）

- 内科 循環器科 消化器科 精神科・神経科
 小児科 外科 心臓血管外科 呼吸器外科
 整形外科 脳神経外科 皮膚科 泌尿器科
 産婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 麻酔科
 放射線科
 その他希望（ ）

2. 見学希望日 平成 年 月 日（ ）

3. 見学時間 時 分～ 時 分

| | | | |
|--------|-----------|------|-------|
| フリガナ | | 性別 | □男 □女 |
| 氏名 | | | |
| 現住所 | 〒 | | |
| 生年月日 | 年 月 日（ 歳） | | |
| 学校名 | | 学年 | 年 |
| T E L | | 携帯電話 | |
| E-mail | | | |