**病院見学申込書**

申出日：　　 年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 見学を希望する職種 |  | |
| （フリガナ） |  | 性別 |
| 氏名 |  | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　　年　　　月　　　日　（満　　　歳） | |
| （フリガナ） |  | |
| 連絡先住所 | 〒  ＴＥＬ： （ ） | |
| E-mailｱﾄﾞﾚｽ |  | |
| 在籍校名（学年）  又は、卒業校名 | （　　　年生） | |
| 出身県 | （　　　　　　　　　　都・道・府・県） | |
| 実習（見学）  希望期間 | 第一希望日： 月 日 曜日 ~ 月 日 曜日  第二希望日： 月 日 曜日 ~ 月 日 曜日  第三希望日： 月 日 曜日 ~ 月 日 曜日 | |
| 見学志望理由及び 見学に対する希望 |  | |
| 備考 |  | |

* 連絡先住所は、通知等が必ず受け取れる連絡先を記入してください。
* 当該情報に含まれる個人情報は、病院実習に関する事務手続きのみに使用いたします。

芳賀赤十字病院　総務課