**病院見学申込書**

申出日：令和 年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （フリガナ） |  | 性別 |
| 氏名 |  | 男 ・ 女 |
| （フリガナ）連絡先住所 |  |
| 〒ＴＥＬ： （ ） |
| E-mailｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　　　　年　　　　月　　　　日（満　　　歳） |
| 在籍大学名（学年）又は、卒業大学名 | （　　　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 |
| 実習（見学）志望理由及び実習（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。ただし、当院からの情報（リクルート情報等）を希望する場合には、その案内のために使用いたします。

芳賀赤十字病院歯科臨床研修管理委員会