

自治医科大学附属病院 病院見学申込書

平成 年 月 日

自治医科大学附属病院長 殿

自治医科大学附属病院での見学を下記のとおり申請します。

1.見学希望診療科		複数科可能
2.見学期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 土日祝祭日を除く	
3.宿泊の有無	希望する (宿泊日: ~)	希望しない

【申込者情報】 下記情報は個人情報保護法を遵守します。			
(フリガナ)		性別	男 女
氏名			
在籍および 出身大学	(学年) 平成 年 (卒業見込 ・ 卒業)		
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生 (満 歳)		
現住所	〒	出身地	都・道・府・県 区・市・郡
TEL		携帯電話	
E-mail	携帯 mail 可		
連絡先住所	見学の詳細を郵送するにあたり、現住所以外への郵送ご希望の方はご記入ください		

年	月	学歴・職歴(学歴は高校入学から記入すること)