

福島赤十字病院 病院見学申込書

申込日：平成 年 月 日

福島赤十字病院長 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 神経内科
 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 精神科・神経科
 産婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 麻酔科
 糖尿病代謝内科 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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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			