

# 福島赤十字病院 見学申込書

福島赤十字病院 総務課 行

FAX 024-534-5205

申込日：平成 年 月 日

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                   |       |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|-------|
| フリガナ        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 性別                | □男 □女 |
| 氏 名         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                   |       |
| 見学希望日       | 平成 年 月 日 ( ) : ~ :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                   |       |
| 現 住 所       | 〒                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                   |       |
| 帰省先の住所      | 〒                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                   |       |
| 生年月日        | 年 月 日 ( 歳)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                   |       |
| 大 学 名       | 学年 ( 年)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 平成 年<br>(卒業見込・卒業) |       |
| T E L       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                   |       |
| E-mail      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                   |       |
| 見学希望<br>診療科 | <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください<br><input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病代謝科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> 消化器科 <input type="checkbox"/> 精神科<br><input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科<br><input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 麻酔科<br><input type="checkbox"/> 当直 <input type="checkbox"/> その他希望 ( ) |  |                   |       |

【お問い合わせ】 福島赤十病院 総務課 大原

〒960-8530 福島市入江町 11-31

TEL : 024-534-6101 FAX : 024-534-5205

MAIL : rinsho-kenshu@fukushima-med-jrc.jp