**松江赤十字病院見学申込書（医学生用）**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | Ｓ・Ｈ　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 在籍大学名 | （学年：　　　年） |
| 見学希望日 | 第１希望　　　　年　　　月　　　日 （　　）第２希望　　　　年　　　月　　　日 （　　）第３希望　　　　年　　　月　　　日 （　　） |
| 見学を希望する診療科 | 　・・・ |
| 質　問　等 |  |
| 連　絡　先 | 電　　話 |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |
| 住　　所　〒　　　　　　　　　　 |

　　　年　　　月　　　日

松江赤十字病院の見学を申込みます。

　　　松江赤十字病院

　　　　院長　大居　慎治　様