　　令和　　　年　　　月　　　日

病院見学申請書

那須赤十字病院　院　長　様

下記により見学をお願いいたしたく申請いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| フ リ ガ ナ  申請者氏  生年月日 | 氏名  【　　 　　　　　年　　　　　月　　　　　日】 性別 |
| 申請者連絡先 | 〒  ℡　　　　　　　 携帯 |
| 見学部署 |  |
| 在籍(出身)  学校及び学年 |  |
| 見学希望日 | 第１希望　　　　　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日(　　　　)  第２希望　　　　　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日(　　　　)  第３希望　　　　　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日(　　　　) |
| 見学  希望理由 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ※　病院処理欄 | |
| 受付年月日　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | 受理年月日　　　　　　　年　　　　月　　　日 |
| 担当者 |  |
| ＊　病院対応 |  |