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 |  |