

平成 年 月 日

榛原総合病院 病院見学・実習申込書

フリガナ 申込者氏名		歳	性別	
病院名				
出身大学又は在学校名	大学	年		
連絡先	現住所 〒 -			
	電話番号 - -			
	携帯電話 - -			
	E-mail @			
出身地				
見学日数	日間			
見学希望日				
どのような見学を したいですか？				
その他ご質問など				
病院に要望すること				
宿泊希望	希望する ・ 希望しない			
希望する方のみ	宿舎宿泊	宿舎は無料でご利用いただけます。		
	年 月 日 ~		年 月 日	
交通費支給希望	有 ・ 無			※ 応相談(支給規定有り)
経路 ※ 交通費支給希望者のみ お書き下さい。	※ 必ず領収書をご持参ください			

記入後、E-mailまたはFAXにてご返信下さい。

E-mail:kenshu-c@tokushukai.jp / FAX0548-22-6363

臨床研修部 宛