**松江市立病院見学申込書（医学生用）**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | Ｓ・Ｈ　　　　年　　　月　　　日 生まれ |
| 在籍大学名 |  | 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 |
| 見学希望診療科（診療科の番号を記入してください） | 第１希望 | 第２希望 | 第３希望 |
|  |  |  |
| どのようなことを見学したいか |  |
| 救急外来見学（医科のみ） | 希望する　　　・　　　希望しない |
| 病院施設見学（30分） | 希望する　　　・　　　希望しない |
| 質問・要望等 |  |
| 連絡先 | 住所　〠 |
| 電話番号 |
| メールアドレス |

令和　　　年　　　月　　　日

松江市立病院の見学を申し込みます。

松江市立病院　　病院長　紀　川　　純　三　　様