**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 | | 性別 | |  |
| 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　様