

平成 年 月 日

病 院 見 学 ・ 実 習 申 込 書 (診 療 部)

| | | | | | |
|-----------------------|--|----|-------------|------|----------|
| 申込者氏名 | | 性別 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 年 月 日 |
| 住 所 | | | | | 電話番号 |
| | | | | | e-mail : |
| 在学学校名 | (学年) | | | | |
| 見学・実習 希望日 | 平成 年 月 日 () (ただし、複数日希望される場合は、〇月〇日～〇月〇日と記入すること) | | | | |
| 具体的な 見学・実習 希望内容 | | | | | |
| 具体的な 希望動機 | | | | | |

※申込書の送付先

〒350-1323

埼玉県狭山市鶴ノ木1-33

社会医療法人財団石心会 狭山病院

事務部

若松裕二

F A X 0 4 - 2 9 5 3 - 8 0 4 0

e-mail yuji-wakamatsu@sayamahp.org

