病院見学申込書

※見学は平日（病院の休診日除く）に、5年生・6年生・既卒者を対象に行っています。

西暦　　　　　年　　　月　　　日

　東京逓信病院長　殿

私は貴院での病院見学を下記のとおり希望いたしたく、学生証の写しを添えて申込みますので、承認よろしくお願い致します。

承認の上は病院の諸規則を遵守し、見学科の指示に従うことを誓います。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 |  | 大学名 | 大学　　　　年次  既卒 |
| 住　　所 | 〒　 　 － | | |
| 携帯電話 | ―　　　　―  緊急連絡先（　 　―　　　　―　　　） | 当院見学の　　　　　きっかけ |  |
| メールアドレス | ＠ | | |
| 希望年月日  **必ず第3希望**  **まで記入** | **第一希望：　　　　年　　　月　　日（　　　），第二希望：　　　　年　　　月　　日（　　　），**  **第三希望：　　　　年　　　月　　日（　　　）**  ※希望日の2週間前までにお申込みください。 | | |
| 希望科  （一科選んで○をしてください） | 内分泌・代謝内科※,血液内科,神経内科,消化器内科,循環器内科※ ,腎臓内科※,呼吸器内科※,  一般消化器外科,呼吸器外科,脳神経外科,整形外科,婦人科,小児科,眼科,皮膚科,形成外科,泌尿器科,耳鼻咽喉科,放射線科,麻酔科,リハビリテーション科,救急総合診療科,病理診断科,臨床検査科　　　※内分泌・代謝内科は火・水・木・金、循環器内科は火・木、腎臓内科は月・水・金、呼吸器内科は月のみ可 | | |
| 希望理由　※その科を希望した理由を明確に記入宇 |  | | |
| 学生証  (写)  表と裏　貼付欄 |  | | |

【注意】見学当日はマスク、白衣、名札、聴診器をお持ちください。

病院使用欄

（1）受入日可否：（　　　　年　　月　　日（　　））・否　　　　　 （2）担当医師：

（3）集合場時間：　　　　　　　　　（4）集合場所：　　　　　 　（5）その他連絡事項：