

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

東京通信病院長 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、血液内科は火・水・木・金、消化器内科は月・木（2025年4月からは水・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 す				
学生証 （写） 表と裏 貼付欄	<div style="border: 1px dashed black; width: 100%; height: 100%;"></div>			

【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：