

平成 年 月 日

病院見学申込書

ふりがな		性別	男・女	生年月日	昭和	年	月	日
申込者氏名					平成			
住 所	〒				電話：（日中連絡のつく電話を記載のこと） （ ） —			
					E-Mail @			
出身大学				卒業年	平成	年		
勤務地								
見学希望日	第1希望：平成 年 月 日（ 曜日）							
	第2希望：平成 年 月 日（ 曜日）							
具体的な 見学希望 内 容	■ 見学を希望する診療科：（ ）科							

見学を希望する診療科と日程を調整のうえ、事務担当者から連絡いたします。

※ 申込書の送付先

〒432-8580

静岡県中区富塚町 328

浜松医療センター 経営管理課 事業管理係

病院見学担当 宛

FAX : 053-451-2766

E-Mail : jinji@hmedc.or.jp