年　　月　　日

病 院 見 学 申 込 書

ふりがな		性別	男 ・ 女	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
申込者氏名					
住　所	〒			電話：（日中連絡のつく電話を記載のこと） （　　）　　―	
				E-Mail @	
在学校名 (出身学校名)				卒業年 （卒業予定年）　　年	
出身地	都 ・ 道 ・ 府 ・ 県　　区 ・ 市				
見学希望日	第 1 希望：　　年　　月　　日（　　曜日） 第 2 希望：　　年　　月　　日（　　曜日） 第 3 希望：　　年　　月　　日（　　曜日）				
見学希望 職種	診療放射線技術科・臨床検査技術科・管理栄養科・臨床工学科・薬剤科・リハビリテーション科 看護部(看護師・助産師)・あゆみ保育園(保育士)・事務 ※見学希望の科に丸を付けてください				
備考					

※①見学を希望する職種と日程を調整のうえ、事務担当者から連絡いたします。

※②複数人で見学を希望される場合は代表者名を【申込者氏名】に記入し、そのほかの方のお名前を【備考】に記載をお願いいたします。

■申込書の送付先■

〒432-8580　静岡県中央区富塚町 328
浜松医療センター　総務課　人事係
病院見学担当　宛
FAX：053-451-2766　E-Mail：jinji@hmedc.or.jp