

病院見学実習申込書

【1日 8:30 ~ 16:00】

高山赤十字病院

記入年月日					
ふりがな		性別	男・女	年齢	歳
氏名					
大学名・学年	〈 〉大学医学部 ・ 〈 〉学年				
現住所	〒 -				
電話番号	- -				
連絡先 (上記と異なるとき)					
E-mail(PC)	@				
希望日程	(第一希望)	月 日()			
	(第二希望)	月 日()			
見学希望 診療科	科				
	救急外来(17:00~20:00)の見学希望 : 有 ・ 無 ※1日の見学の場合、宿泊費補助は前泊1泊分のみとなります。				
当院駐車場利用希望	有 ・ 無				
車のナンバー・車種 (駐車場利用の場合)	(記入例 : 飛騨500さ1111 白のVOXY)				
その他連絡事項					

提出先

高山赤十字病院 教育研修課

〒506-8550 岐阜県高山市天満町3丁目11番地

Tel:0577-32-1111(内線3362) Fax:0577-32-6802(直通)

mail: dr_kenshu@takayama.jrc.or.jp

◎実習受付を確認後、大学の教務課等にて当院院長(清島 満)宛の実習依頼書を発行してもらい、上記に郵送してください。