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