病院見学実習申込書
【3日間　8:30 ～ 17:00】

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・歯学部）・〈　　〉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（　　）～　　月　　日（　　）				
希望日程（第二希望）	月　　日（　　）～　　月　　日（　　）				
見学希望 診療科	科				
	救急外来の見学希望　：　有　・　無				
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