名古屋市立大学医学部附属

西部医療センター病院見学希望票

令和　　　年　　　月　　　日記載

|  |
| --- |
| ふりがな　　　　　　　 |
| 氏　名　　　　　　　　　 |
| 所属大学 （　　　年） | 出身高校 |
| 生年月日　　　　　　　年　　　月　　　日（満　　歳）　　　性別　　 |
| 住所　　〒　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　　） |
| Mail　　　　　　 |

|  |
| --- |
| 見学希望日 |
| 第一希望 | 　　月　　　日（　　　） |
| 第二希望 | 　　月　　　日（　　　） |
| 第三希望 | 　　月　　　日（　　　） |

|  |
| --- |
| 見学希望診療科 |
|  |

|  |
| --- |
| 質問や、見学の際に希望などがありましたら、ご記入ください |

|  |
| --- |
| ※病院記入欄※ |
| 見学日 |  | 担当医 |  |