健康保険人吉総合病院　見 学 申 込 書（臨 床 研 修）

申 込 日	年　　月　　日	
氏 名（ふりがな） **性別・生年月日**	男 性 ・ 女 性　　年　　月　　日生	
大学名・学年		
現 住 所	〒	
帰 省 先 （現住所と同じ場合不要）	〒	
連 絡 先	電　話	
	携帯電話	
	ＦＡＸ	
	ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	
希 望 科	特に希望する科がある場合にご記入下さい。	
希 望 期 間	第１希望日	月　　日（　　）
	第２希望日	月　　日（　　）
	第３希望日	月　　日（　　）
	注）年末・年始、日曜・祝日や連休、年度末・年度始めの見学はご遠慮下さい。	
見学の理由・目的		
見学希望内容		

随時、受付しております。お申し込みは、下記アドレスまでお願いします。

Mail: hitoyb49@estate.ocn.ne.jp

こちらより、後日折り返し連絡させていただきます。　　健康保険人吉総合病院　事務局