|  |
| --- |
| 日本赤十字社医療センター見学申込書記入日：平成　　年　　月　　日 |
| 氏名（ふりがな） | （　　　　　　　　　　　） |
| 生年月日（歳）/　性別 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日生（　　　歳）　/　性別（　　　） |
| 大学名　/　学年 |  | 大学 |  | 年（申込日現在） |
| 現住所 | 〒 |
|
| 携帯電話番号（緊急時のみ使用） |  |
|  |  |
| 見学希望診療科（見学可能診療科一覧参照） |  |
| 見学希望日（見学可能診療科一覧参照） | 第一希望 | 第二希望 | 第三希望 |
|  　 月　　日（　　） | 　　月　　日（　　） | 　　月　　日（　　） |
|  |
| **以下、人事課記入欄のため記入不可** |
| 1.メール受付日：　　　月　　　　日（　　　）＊定員オーバーの際は『 2´→ 3´→ 2 → 3 → 4 』 |
| 2.人事課→スケジュール表：　　　　　　　　　　　　　月　　　　日（　　　） | 2´.人事課→医師：　　　月　　　　日（　　　） |
| 3.人事課→学生：　　　月　　　　日（　　　） | 3´.医師→人事課：　　　月　　　　日（　　　） |
| 4.お知らせ　守衛（　　　　）　医局（　　　　） | 集合時間 | 集合場所 | 担当医 | 内線 |
| 第一希望見学実施日：　　月　　　　日（　　） | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 第二希望見学実施日：　　月　　　　日（　　） | 　 | 　 | 　 | 　 |