広島市民病院見学申込書

ふりがな：
氏　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　性　別：（　男　・　女　）

生年月日：　　年　　月　　日生　　年　齢：　　歳

大　学：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　学　年：（現５回生、現６回生、既卒）

出身地：　　都・道・府・県・市

連絡先：　〒＿＿＿＿＿＿＿

（住所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿FAX　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

E-mail　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

帰省先：　〒＿＿＿＿＿＿＿

（住所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　FAX　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

E-mail　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

希望日程：　　第１希望　　月　　日　（　　）

第２希望　　月　　日　（　　）

第３希望　　月　　日　（　　）

見学希望科：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿科　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿科

その他ご希望がありましたら、自由にご記入ください。