

# 病院見学申込書

平成 年 月 日

弘前市立病院長 殿

私は、下記により弘前市立病院の病院見学を申込みします。

ふりがな 氏名		生年月日 年齢・性別	昭和・平成 年 月 日生 ( 歳 ) 男・女
現住所	〒  電話(携帯): FAX: メールアドレス:		
在籍(卒業) 大学	大学	学部	学科 年次 平成 年 月 日 ( 卒業・卒業見込 )
病院見学 ご希望日	第1希望 : 平成 年 月 日( ) ~ 平成 年 月 日( ) 第2希望 : 平成 年 月 日( ) ~ 平成 年 月 日( ) 第3希望 : 平成 年 月 日( ) ~ 平成 年 月 日( )		
備考	ご質問・ご連絡等がありましたらこちらへご記入をお願いします。		

日程等については調整後、決まり次第ご連絡いたします。また、当方からの連絡は基本的にメールによることとし、メールがない場合はお電話いたします。

**お願い** お申込みは病院見学ご希望日の1週間前までをお願いいたします。

担当 : 弘前市立病院総務課

〒036-8004 弘前市大字大町三丁目8番地1

TEL:0172-34-3211 内線 164 FAX:0172-37-6367