

年 月 日

総合病院山口赤十字病院 病院見学申込書

ふりがな			
氏名			
性別	☐ 男 ☐ 女		
大学名	大学	学年	年
住所	〒		
連絡先	TEL		
	FAX		
	E-mail		
見学希望日	第一希望	年	月 日
	第二希望	年	月 日
見学希望診療科 (複数回答可)			
将来希望している診療科 (未定の場合は空欄。)			
出身地	☐ 山口県出身 (市郡町) ☐ 山口県以外 (都道府県 市郡町)		
当院をどのような経緯で お知りになりましたか？ (複数選択可)	☐ 病院ホームページ ☐ 臨床研修病院情報サイト【 】 ☐ 知人からの情報 ☐ その他【 】		
備考			

※ この申込書を参考に見学スケジュールを作成いたします。