

平成 年 月 日

見学会申込書

星ヶ丘厚生年金病院が実施する医学生を対象とした病院見学会に下記のとおり参加申し込みます。

記

(ふりがな)

1. 氏 名 _____ 性 別 _____

2. 大 学 名 _____ 学 年 _____

3. 参加希望日（希望日を○で囲んでください。）

第2回 7月16日（水）

第3回 8月 1日（金）

4. 連絡先

〒 _____

住 所 _____

TEL _____

E-mail _____

5. 希望見学内容（希望診療科など）

※空欄をご記入の上、各回とも1週間前までにお申込みください。