

病院見学申込書

平成 年 月 日

岩手県立宮古病院長 様

ふりがな

1. 氏名 _____ 性別 ()

2. 年齢 (生年月日) _____ 歳 (昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生)

3. 大学 医科大学 _____ 医学部 _____ 年 在学中

4. 出身地 _____ 県 (出身高校: _____)
〒 _____

5. 現住所 _____

TEL : ()

FAX : () ⇒見学受入通知書送付用

E-mail アドレス :

〒 _____

6. 帰省先住所 _____

TEL : ()

7. 見学の目的 _____

8. 見学希望の診療科または内容 _____

9. 見学希望の期間 平成 年 月 日 () ~ 月 日 () (日間)
(当院到着予定時刻 日 時 分頃)・(出発予定時刻 時 分頃)

10. 当院公舎への宿泊希望

連絡先 岩手県立宮古病院 事務局次長 大浦俊美

TEL : 0193-62-4011 (内線 5201) FAX : **0193-63-6941**

E-mail: toshimi-oura@pref.iwate.jp