

見 学 願

平成 年 月 日

市立大津市民病院長 様

氏 名 _____

学校名 _____

住 所 _____

電 話
(連絡先) _____

メールアドレス _____ @ _____

このたび、市立大津市民病院の施設を見学したいので、許可いただきますようお願い申し上げます。

記

1 希望日時

年 月 日 () 時 分から

2 特に希望する診療科

3 市民病院を希望する理由

※注意事項

- 1 見学当日は、法人事務局総務課に来所すること。
- 2 見学当日は、必ず学生証を持参すること。

*ご記入いただいたメールアドレスに病院からのお知らせを送らせていただくことがあります。
不要な場合はしてください。 不要