

見 学 願

年 月 日

市立大津市民病院長 様

氏 名 _____

所 属 _____

住 所 _____

電 話
(連絡先) _____

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 見学日時

年 月 日 () 時 分から

2 見学場所

3 見学理由