

病院見学希望申込書

独立行政法人 国立病院機構

電話：089-999-1111

四国がんセンター

FAX：089-999-1100

管理課 庶務班長 (E-mail：saiyou@shikoku-cc.go.jp)

ふりがな

氏名

生年月日 昭和・平成 年 月 日 (歳) 性別 男・女

現住所 〒

本籍地

勤務先名 大学・病院・診療所等・その他 ()

・住所 〒

電話：

FAX：

連絡先 〒

電話：

FAX：

E-mail：

携帯電話：

出身大学

卒業年度 昭和・平成 年

見学希望日 第一希望 平成 年 月 日 ～ 月 日 時 ～ 時

第二希望 平成 年 月 日 ～ 月 日 時 ～ 時

主な見学希望科

その他、希望事項

宿泊 院内施設を希望する ・ 希望しない

※白衣・聴診器はご持参ください