

病院見学希望申込書

独立行政法人 国立病院機構

四国がんセンター

管理課 藤本 秀憲 (E-mail : [hfujimot@shikoku-cc.go.jp](mailto:hfujiomot@shikoku-cc.go.jp)) 宛

電話 : 089-999-1111

FAX : 089-999-1100

ふりがな

氏名

生年月日 昭和 年 月 日 (歳) 性別 男・女

現住所 〒

本籍地

勤務先名・住所 大学・病院・診療所等・その他 ()

〒

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 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

実家・知人等

※白衣・聴診器はご持参下さい