

見学申込書

武蔵野赤十字病院

記入日	平成 年 月 日			
ふりがな 氏名／性別／年齢	／ 男・女 ／ 歳			
学校／所属／学年				
住所	〒 — —			
電話番号	1 — —		2 — —	
Eメールアドレス	1 @			
	2 @			
希望見学日	第1希望	第2希望	第3希望	(予備)
	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
	※見学は原則として平日8:30~17:00です。土日祝日はお受けできません。			
希望見学科	第1希望	第2希望	第3希望	(予備)
	科	科	科	科
	※総合診療科・血液内科・腫瘍内科・腎臓内科・内分泌代謝科・感染症科・循環器科・消化器科・呼吸器科・神経内科・外科・乳腺科・呼吸器外科・心臓血管外科・整形外科・リハビリテーション科・脳神経外科・産婦人科・小児科・耳鼻咽喉科・眼科・皮膚科・泌尿器科・放射線科・精神科・麻酔科・形成外科・救命救急科よりお選び下さい。			
救急外来夜間見学 (1次・2次救急) ※全見学生対象	希望する ・ 希望しない			
	見学は原則として平日17:30~21:00です。夜間のみの見学はお受けできません。			
夜間救命救急センター (3次救急) 当直見学 ※救命救急科見学生のみ	希望する ・ 希望しない			
	※救命救急科の見学希望者のみ○をおつけ下さい。見学科が救命救急科の方のみ、夜間救命救急センターの当直見学が可能となります。夜間のみの見学はお受けできません。 見学時間: 平日17:00~担当医師の指示があるまで(※原則として翌朝まで)			
調整優先順位	見学科()・見学日()・救急外来夜間見学()・夜間救命救急センター見学※()			
	希望調整の必要が生じた場合に優先する順位です。数字1・2・3・4を()内にご記入下さい。※は、救命救急科の見学希望者のみご記入ください。			
備考				
	※ご自由にご記入下さい。			

病院記入欄				
事務部	第1希望見学科	第2希望見学科	第3希望見学科	(予備)
受付				
送付				
備考	印	印	印	印

