

# 見学申込書

武蔵野赤十字病院

|   |                                  |            |            |         |
|---|----------------------------------|------------|------------|---------|
| 記入日   | 令和 年 月 日                         |            |            |         |
| 氏名／性別／年齢  | ふりがな<br>／ 男 ・ 女 ／ 歳              |            |            |         |
| 学校／所属／学年  |                                  |            |            |         |
| 住所  | 〒 —————                          |            |            |         |
| 電話番号  | 1 ——— ———                        |            | 2 ——— ———  |         |
| 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<br>(1次・2次救急)   | 希望する ・ 希望しない                     |            |            |         |
| 見学は原則として平日17:00～21:00です。夜間のみのお見学はお受けできません。  |                                  |            |            |         |
| 調整優先順位  | 見学科( )・見学日( )・救急外来夜間見学( )        |            |            |         |
| 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を( )内にご記入下さい。   |                                  |            |            |         |
| 新型コロナワクチン接種<br>(済・未 どちらかに○印)  | 済                                | 1回目: 年 月 日 | 2回目: 年 月 日 |         |
|   | 接種証明書を見学当日にご提出ください。              |            |            |         |
| 未   | 見学1週間以内に実施の検査陰性証明書を見学当日にご提出ください。 |            |            |         |
| 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    |