

当院での見学を希望される医師の方は、こちらから申し込みをお願いします。

1. 下記より「見学申込書」をプリントアウトしてご記入ください。
2. 「見学申込書」をファクシミリでお送りください。FAX:0422-32-3525
3. ①希望日の 10 日前必着でお送りください。  
②土曜日、日曜日、祝祭日は見学を受け入れておりません。  
③受け入れについては、調整の上、通常は郵送でのお知らせとなります。  
④見学日の午前または午後希望の方は開始希望時間を備考欄にご記入ください。

**【申し込み先・問い合わせ先】**

武蔵野赤十字病院  
事務部総務課

〒180-8610  
武蔵野市境南町 1-26-1  
TEL:0422-32-3111  
FAX:0422-32-3525

## 後期研修医(専攻医)・医師見学申込書

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					
勤務先／所属／卒後	年目					
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 (    )		
	午前・午後・1日	午前・午後・1日	午前・午後・1日	午前・午後・1日		
	土日祝日はお受けできません。午前・午後のみをご希望の方は○をしてください。					
希望見学科	見学ご希望の診療科を、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