

令和 年 月 日

武蔵野赤十字病院 院長 殿

見 学 願

よみがな

氏 名

生年月日(年齢)/性別

年 月 日生(歳)/ 男・女

学校・学年

住 所

電 話 番 号

メールアドレス

私は貴院 _____ 科部において、下記のとおり見学、実習をさせていただきたく、
お願い申し上げます。見学実習の際は、見学実習において得うる各種情報(患者及び職員の
個人情報を含む)を守秘すること、貴院の諸規則を遵守し、貴院職員の指示に従うことを誓います。

記

1. 見学日

令和 年 月 日()

夜間見学 : 有 ・ 無

2. 目的
