

加賀市医療センター企画経営課 宛て

FAX 0761-76-5263 E-mail kikakukeiei@city.kaga.lg.jp

加賀市医療センター病院見学実習申込書

項 目	入 力
大 学 名	
学 年	
お 名 前	
ふ り が な	
性 別	
年 齢	
住 所	
ア パ ー ト 名 ・ 部 屋 番 号	
携 帯 番 号	
メ ー ル ア ド レ ス	
見学希望日(第1希望)	2018年 月 日 ~ 2018年 月 日
見学希望日(第2希望)	2018年 月 日 ~ 2018年 月 日
見学希望日(第3希望)	2018年 月 日 ~ 2018年 月 日
見 学 希 望 診 療 科	
見学実習希望事項等	
病院の施設で見学希望の部署 があれば記入してください	
宿 泊 の 希 望 有 無	