稲沢厚生病院見学申込書

病院見学の申し込みは、下記の表に必要事項を記入の上、添付ファイルとして送付先アドレスへご送信ください。受付確認の返信をいたしますので万一返信が届かない場合はご一報ください。

<table>
<tr><td colspan="5">申し込み日：令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>ふりがな</td><td colspan="3"></td><td>性別</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="3"></td><td>男・女</td></tr>
<tr><td>大学名（学年）</td><td colspan="4">（　　年）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">見学日</td><td></td><td colspan="2">希望年月日（月～金）</td><td>救外の
見学希望</td><td>宿泊
（有・無）</td></tr>
<tr><td>第１希望</td><td colspan="2">令和　　年　　月　　日（～　　月　　日）</td><td>有・無</td><td>有・無</td></tr>
<tr><td>第２希望</td><td colspan="2">令和　　年　　月　　日（～　　月　　日）</td><td>有・無</td><td>有・無</td></tr>
<tr><td>前後泊</td><td colspan="4">前泊：　　有　・　無　　後泊：　　有　・　無</td></tr>
<tr><td>希望診療科</td><td colspan="4">第１希望　　科　　第２希望　　科</td></tr>
<tr><td rowspan="3">連絡先</td><td colspan="4">〒</td></tr>
<tr><td colspan="2">電話番号</td><td colspan="2">携帯電話</td></tr>
<tr><td colspan="4">メールアドレス</td></tr>
<tr><td>備考</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

① 見学期間は月曜日～金曜日です。（祝祭日・年末年始は休診日のため不可）

② 希望診療科を下記からお選びください。

内科、消化器内科、循環器内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、放射線科、救急外来

③ 食事は準備させて頂きます。

④ 宿泊は可能ですが希望人員によりお断りする場合がございます、尚、休日は前泊ができません。

⑤ 見学希望日の 10 日前までに、お申し込みください。

※ 見学当日は、8 時 30 分までに南館 4 階事務室（総務課）にお越しください

※ お持ちいただくものは、白衣・診察用具・学校で使用している名札等です

送付・連絡先　〒495-8531　愛知県稲沢市祖父江町本甲拾町野 7 番地
JA 愛知厚生連　稲沢厚生病院　総務課
電話：0587-97-2131　FAX：0587-97-3633
E-mail：somuka-syomu@inazawa.jaaikosei.or.jp