

承認	院長	副院長			事務局長	事務局次長	教育研修部長	部長

公立昭和病院見学生等承認申請書

年 月 日

公立昭和病院

院長 殿

下記のとおり公立昭和病院での見学の承認を受けたいので、公立昭和病院における研修生等受入要綱に基づき申請いたします。

なお、見学に際しては貴病院の諸規則を遵守いたします。

学 校 名					学 年	年
氏 名						
生 年 月 日	年 月 日				歳	
住 所	〒 - -					
連 絡 先	TEL	-				-
	E-MAIL	@				
希望診療科						科
見 学 日 程	年 月 日 から		年 月 日 まで			

※添付書類 学生証の写し

(処 理 欄)

見学しようとする者が適任であると認めたので承認する。

見学しようとする者が適任であると認められないので承認しない。

年 月 日

公立昭和病院
院長

人事担当	課 長	係 長	係