

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

2024年4月1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。

※学年は病院見学時の
学年をご記入ください。

学校名	〇〇大学			学年	6年
氏名	昭和 太郎				
生年月日	2020年 1月 1日			24	歳
住所	〒 187 - 8510 東京都小平市花小金井8-1-1				
連絡先	TEL	042 - 461 - 0052			
	E-MAIL	kengaku@showa-hp.jp			
希望診療科	〇〇				科
見学日程	2024年 4月 14日 から 2024年 4月14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