

新宮市立医療センター 院内見学連絡票（申請） 庶務課庶務係宛

【FAX 又はメールで申込み下さい】

FAX 0735-31-3337

メール smmc@hsp.shingu.wakayama.jp

見学希望日	【第1希望】 月 日 ()
	【第2希望】 月 日 ()
	【第3希望】 月 日 ()
	※できる限り上記日程で調整します。
見学希望 予定時刻	時 分 から 時 分 ※おおよその目安時間とします。 ※当院の当日状況により、変更となる場合もあります。ご了承願います。
出身(在籍)大学 又は勤務先	(年生・卒) 勤務先名
見学希望者	ふりがな 氏 名
現住所	〒
緊急連絡先	携帯電話番号
メールアドレス	
見学希望診療科	【第1希望】 【第2希望】 【第3希望】 ※当院の当日状況により、変更となる場合もあります。ご了承願います。
その他	特に見学箇所や、当院医師に聞いてみたいことなどがあればご記入下さい。

※※以下は記入しないでください。※※

受入れ区分	可 ・ 不可
不可理由	
その他備考	