

平成 年 月 日

総合病院山口赤十字病院 3日間実習申込書

ふりがな			
氏名			
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
大学名	大学	学年	年
住所	〒 -		
連絡先	TEL		
	FAX		
	E-mail		
見学希望日	第一希望	年	月 日
	第二希望	年	月 日
見学希望診療科 (複数回答可)			
将来希望している診療科 (未定の場合、空欄でお願いします。)			
出身地	<input type="checkbox"/> 山口県出身 <input type="checkbox"/> 山口県以外 ()		
備考			

※ この申込書を参考に見学スケジュールを作成いたします。