

病院見学実習依頼状交付申請書

【申請者】		【申請日】		年	月	日
フリガナ		生年 月日	昭和 平成 西暦	年	月	日
氏 名						
所 属 (学科・学年)	☐ 医学部 医学科 ☐ 医学部 看護学科	電話 番号				
学籍番号		メール アドレス				
		*日中に連絡が取れる電話番号を記入				
		*連絡がとれるメールアドレスを記入				

【実習先】	
病 院 名	
	*正式名称を記入してください。提出先ごとに申請書を記入してください。
診 療 科	
	*正式名称を記入してください。
実 習 日	年 月 日 () ～ 年 月 日 ()
備 考	*依頼状の宛名を、(病)院長の個人名にするよう指定されることがあります。その場合は、備考欄に(病)院長名を明記してください。 *実習先によって必須記載事項等が異なります。実習先HP等で確認してから申請してください。 *郵送を希望する場合、宛先を記載し、切手を貼った返信用封筒を添付してください。

*依頼状の作成にあたり、申請者の連絡先等を記載することがあります。
 *実習費や交通費については大学からは支給しません。
 *学長名による正式な依頼状となるため、依頼状を先方に提出した後で、無断で見学を取りやめないでください。
 (見学を取りやめる場合、先方に連絡をしてください。)

大学記入欄

受 渡 日：	年	月	日
チェック：	☐	本人確認済み	

〒431-3192
 浜松市中央区半田山一丁目20番1号
 浜松医科大学 学務課教務係
 053-435-2203
 kyoumu@hama-med.ac.jp