

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)	<input type="checkbox"/> 医学部 医学科	電話 番号		年	月	日
	<input type="checkbox"/> 医学部 看護学科					
学籍番号		メール アドレス				
			*連絡可能な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下さい。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	<p>*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。</p> <p>*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。</p> <p>*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。</p>

- *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：	年	月	日交付
--------	---	---	-----

〒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