山梨大学医学部附属病院見学申込書

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | |
| 氏名 |  | 男　・　女 |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日生　（満　　才） | |
| 大学名・学年 |  | |
| 現住所 | 〒 | |
| 携帯番号 |  | |
| メールアドレス | ＠ | |
| 出身地（市町村） | 県 | |
| 見学希望日 | 第１希望：　　　月　　日　～　　月　　日  第２希望：　　　月　　日　～　　月　　日 | |
| 診療科 | 診療科： | |
| 理　由： | |
| 宿泊施設希望 | □有　　　　　　　　　□無 | |
| その他  （希望があれば記入） |  | |

・希望科と日程調整の上、折り返しメールにて連絡いたします。

・病院に隣接して宿泊施設（ゲストハウス）があります。他大学生は割引料金対応。

・当日は、白衣（ケーシなど）、学生証を持参ください。