

申請日： 年 月 日

病院見学・実習届

日本医科大学長 殿

第 学年 番

氏名： _____ 年齢： 歳

住所：(〒 -) _____

連絡先： _____

窓口で受取 病院へ郵送 (/ 迄に)

メールに連絡 _____ @ _____

※ 該当箇所に☑を記載

今般、下記のとおり病院 見学・実習 を希望いたしますのでお届けいたします。

記

1. 病院名 _____

2. 所在地 (〒 -) _____

TEL: _____

3. 診療科名 _____

4. 期間 自： _____ 年 月 日 ()

至： _____ 年 月 日 ()

5. 希望理由 (その病院を志望する理由を具体的に記載すること)

6. 診療科部長の許可確認 メール添付 許可印 (右枠内に押印)

7. 依頼書発行の有無 必要 不要



注) 1. 見学および実習のいずれかを○で囲むこと。

2. 見学(実習)に行く期間が本学のCC実習等と重なる場合は、診療科部長等に許可を得て、本書に許可印をいただくか、許可が確認できるメールのやり取りを、本書に添付すること。

3. 必ず事前に見学(実習)病院の承諾を受けること。

4. 本届は2週間前までに提出すること。(依頼書発行手続きのため)

5. 病院の見学(実習)案内・募集要項をホームページ等で確認し、本書に添付すること。

~~~~~大学記載欄~~~~~

| 学長 | 医学部長 | 事務局長 | 学事部長 | 教務課長 | 課員 | 担当 |
|----|------|------|------|------|----|----|
|    |      |      |      |      |    |    |