**メール送信先****mrc-rinken@maebashi.jrc.or.jp**

**FAX　０２７－２２５－５２６７**

**病院見学　申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ふりがな** |  | **性　別** |
| **氏　名** |  |  |
| **大学名** |  |
| **学　年** |  |
| **連絡先** | **電話番号** |  |
| **メールアドレス** |  |
| **3年目以降の進路 (予定)****or 現在興味のある診療科****（原則、見学する科となります）** | **第1希望**  |
| **第2希望** |
| **第3希望** |
| **見学希望日** | **第1希望　　月　 日　～　月　日** |
| **第2希望　　月　 日　～　月　日** |
| **第3希望　　月　 日　〜　月　日** |
| **その他の希望、****連絡事項など** | **当直や施設・設備の見学などご希望があれば何なりとお書き下い。** |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　前橋赤十字病院　教育研修推進室