

# 国立病院機構弘前総合医療センター 病院見学申込書

	申込日	年	月	日
	性別	男・女		
大学名・学年	大学	年在学中・卒業		
現住所	〒			
出身地	都・道・府・県			
携帯番号				
(連絡可能時間)	時	分	～	時 分
メールアドレス				
見学希望日				
第1希望	月	日	( )	
第2希望	月	日	( )	
当院への移動手段				
希望事項	※今回の見学の希望診療科と、どんなところを重点的に見学したいのか、具体的にお知らせ下さい。			

※院内で日程調整の上、折り返し連絡いたします。

※見学当日は白衣・上履き・筆記具・大学で使用しているネームプレートをご持参下さい。

※当日の集合時間をご連絡いたします。集合場所は東棟3F医局です。セブンイレブン前のエレベーターを利用してください。集合時間よりかなり前にお集まりいただいても対応できかねますので、集合時間近くにお越しください。

※見学は基本的に1日1診療科となっております。

《事務連絡先》 国立病院機構弘前総合医療センター 担当：医局事務  
 〒036-8545 青森県弘前市富野町1番地  
 電話 0172-32-4311 (代表) FAX 0172-33-8614  
 e-mail: 106-ikyoku@mail.hosp.go.jp