**福岡大学筑紫病院**

**病院見学申込書**

年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望診療科 |  | 第1希望 ： 　　　月　　　日（　　　） |
| 第2希望 ： 　　　月　　　日（　　　） |
| 第3希望 ： 　　　月　　　日（　　　） |

* 見学希望日の2週間前までに、本申込書をご提出ください。

【提出先】chikushi@adm.fukuoka-u.ac.jp

* 土曜、日曜、祝日、振替休日、盆休（8月15日）、年末年始（12月29日～1月3日）の
見学はできません。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 |
| 氏　　名 |  | 男　　・　　女 |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 生　（　　　　　）歳 |
| 大学名（出身大学） | 大学　　　　　年生　・　　　　　　年卒 |
| 現住所 | 〒 　　　　　－ |
| 携帯電話番号 | TEL　　　　　　－ 　　　　　 － |
| メールアドレス |  |
| 帰省先住所 | 〒 　　　　　－ |
| 勤務先名 |  |
| 勤務先住所 | 〒 　　　　　－ |
| その他見学したい内容など |
|  |

* 上記の情報については、個人情報保護法を遵守します。
* 当院の駐車場は有料となっております。収容台数に限りがありますので、ご来院の際は電車などの公共機関をご利用ください。