病院見学申込書

氏名	
大学名	
学年	
連絡先電話番号	
見学希望日	第一希望　　第二希望 ※体調管理の観点から、申込日より２週間以上あけての希望日をお願いします。
見学可能時間	終日　・　午前のみ　・　午後のみ 他（　　）
見学希望診療科	
当日の旅程	日帰・前泊・後泊
宿泊の予定	自宅・ホテル（自分で準備　・　当院にて予約）
本見学にかかる当院以外の旅程	有（　　）　・無
コロナウイルスワクチン接種の有無	有（　　回接種）・　無
宿舎の見学	希望有　・　無 →送迎の途中で立ち寄ることも可能です。 宿舎の往復、見学を含め１５分～２０分ほど余分に想定ください。
その他	

上記情報を元に、院内調整を行います。
見学までの間、体調管理をお願いいたします。体調不良時には速やかにご連絡願います。

不明点あれば
浜松労災病院　総務課（０５３－４６２－１２１１）あてご連絡願います。