

病院見学申込書

か	な		
氏	名	姓	名
性	別	男 ・ 女	※更衣室を用意します。
学	校	名	大学
学	年		学 年
見学希望日（第1候補）		月	日
見学希望日（第2候補）		月	日
見学希望日（第3候補）		月	日
希望診療科1			
希望診療科2			※なければ記載不要
希望診療科3			※なければ記載不要
メールアドレス			
連絡先電話番号			

診療科は下記よりお選びください。

※ 当院には総合診療科や総合内科はございません。

見学可能診療科

内科（内分泌）、内科（血液）、消化器内科、循環器内科、精神科、脳神経内科、
脳血管内科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、皮膚科、
泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線診断科、
放射線治療科、病理診断科

※ 記載のあるメールアドレスにご連絡を差し上げますので、0(ゼロ)や0(オ-)、
-(ハイフン)や_(アンダーバー)等誤りのないようご記載ください。

※ 診療科の都合により受入れ時間等変更が生じる場合がございます。

※ 持ち物は、筆記用具、白衣（学校で使用しているもの）、学生証（名札）をご
用意ください。

九州労災病院総務課