

西暦で発行日を記載してください。(和暦でも可)

※様式内の日付欄は西暦/和暦で統一すること

年 月 日

近畿大学病院
病院長 東田 有智 殿

所属名：○○大学

所属長名：学部長、氏名

押印：学部長印

※公印（角印・丸印）を押印

所属名*

所属長*

印

病院見学依頼書

このたび、貴院の病院見学について下記の者より希望がありましたので、ご許可いただきますようよろしくお願いいたします。

記

見学者氏名：

生年月日：

所属名：

希望見学日：

希望診療科：

例：○○大学医学部医学科○学年

※1 大学名は必ず記載すること

※2 学部名、学科名は正式名で記載すること

以上

* 病院見学依頼は、見学者の所属機関の長が行うこと。

内容に不備がある場合、再提出を依頼することがございます。また、本書類等の提出が遅れますと当院事務手続きのスケジュールにより見学日再調整となることがございますので予めご了承ください。