

年 月 日

近畿大学病院長 殿

所属名*

所属長*

㊞

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：

所属先：

希望見学日：

見学診療科：

以上

* 病院見学依頼は、見学者の所属機関の長（病院長、学部長等）が行うこと。