

発行日を記載してください

令和 年 月 日

近畿大学奈良病院長 殿

施設名：〇〇大学
施設長：学部長、氏名
押印：学部長印
※公印（角印・丸印）を押印

施設名
施設長

印

病院見学依頼書

この度、貴病院におきまして、下記のとおり病院見学を希望いたします。
なお、病院見学につき、医療行為は一切いたしません。

記

見学者氏名：

所 属：

見 学 日：

見学診療科：

以上