

聖路加国際病院 職場見学申込書（2日間コース）

学校名／学年	／	年
連絡先(電話番号): ()		
E-mailアドレス :		
ご担当者		
ふりがな 氏名		
見学希望者名(※最大5名まで) ※2日目の体験希望職種を、各自一つお選びください。 ※患者食体験があります。アレルギーの有無をご記載ください。		
ふりがな		
氏名	性別: 男・女	
体験希望職種	1, 医師 2, 看護師 3, その他職種() アレルギー 無・有()	
ふりがな		
氏名	性別: 男・女	
体験希望職種	1, 医師 2, 看護師 3, その他職種() アレルギー 無・有()	
ふりがな		
氏名	性別: 男・女	
体験希望職種	1, 医師 2, 看護師 3, その他職種() アレルギー 無・有()	
ふりがな		
氏名	性別: 男・女	
体験希望職種	1, 医師 2, 看護師 3, その他職種() アレルギー 無・有()	
見学日	平成 年 月 日 () から2日間	
当院を選択された理由を教えてください		
特記事項(紹介者、ご要望など)		

平成 年 月 日

提出者名

印

聖路加国際病院 院長 殿

教育センター記入欄

<送付先>

〒104-8560 東京都中央区明石町10-1

聖路加国際病院 教育センター

edu@luke.or.jp

電話(直通):03-5550-2436

確認印

院長	教育センター