

聖路加国際病院 職場見学申込書（半日コース）

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	引率：有・無	
見学希望者名(※最大6名まで)		
ふりがな 氏 名	性別：男・女	
ふりがな 氏 名	性別：男・女	
ふりがな 氏 名	性別：男・女	
ふりがな 氏 名	性別：男・女	
ふりがな 氏 名	性別：男・女	
ふりがな 氏 名	性別：男・女	
見学日時	平成 年 月 日 () 午前・午後 (: ~ :)	
当院を選択された理由を教えてください		
インタビューしたい職種	1, 医師 2, 看護師 3, その他() ※ どれか1つをお選びください。	
特記事項(ご要望、紹介者など)		

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
 聖路加国際大学 教育センター
edu@luke.ac.jp
 電話(直通):03-5550-2436

確認印

院長	教育センター