

聖路加国際病院 見学申込書(医歯学生用)

| | | |
|----------------------------|----------------------------|--|
| ふりがな | | 学生証のコピーを貼付してください ※氏名・顔写真が記載されている面を貼付すること ※証明印(学長印・総長印等)が裏面にある場合、裏面のコピーを別添すること ※既卒者は、写真付身分証明書(運転免許証など)のコピーを貼付すること |
| 氏名 | | |
| 学校 | | |
| 学年 ※見学日時点 | | |
| 1 | 見学科 | |
| | 期間 | 年 月 日() ~ 年 月 日() |
| 2 | 見学科 ※2科以上の場合のみ記入 | |
| | 期間 ※2科以上の場合のみ記入 | 年 月 日() ~ 年 月 日() |
| 3 | 見学科 ※2科以上の場合のみ記入 | |
| | 期間 ※3科以上の場合のみ記入 | 年 月 日() ~ 年 月 日() |
| 4 | 見学科 ※2科以上の場合のみ記入 | |
| | 期間 ※4科以上の場合のみ記入 | 年 月 日() ~ 年 月 日() |
| 学びたいこと・要望 | | |
| 現時点での志望科・専門分野 | | |
| 当院見学歴 ※ある方は、科を記入 | | |

今後、採用試験等に関するお知らせをご案内する場合がございます。希望しない場合は右にチェックを入れてください。

上記のとおり見学を申し込みます。

年 月 日 署名

| | |
|--------|----|
| 教育センター | 院長 |
| | |