令和　　　年　　　月　　　日

福岡赤十字病院見学申請書

福岡赤十字病院　院長　様

機関名：

役　職：

担当者：

（※個人で申し込みの場合は記入不要）

貴病院において、下記のとおり病院見学を申請しますので、ご許可くださいますようお願いします。

以下、確認しました。（☑をお願いします。）

□　見学の際は、貴病院の諸規則を遵守し、貴病院の責任者の指示に従います。

※人数や期間等が多い場合は別紙（様式は任意）にて申請ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 見 学 者 | ふりがな | 性別 | 男 ・ 女 |
| 氏　名 |
| 所属・学年 | | |
| 連絡先  （ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ）  （電話番号） | | |
| 見学希望日程 | ① 令和　　年　　月　　日（　） ～　令和　　年　　月　　日（　） | | |
| ② 令和　　年　　月　　日（　） ～　令和　　年　　月　　日（　） | | |
| 見学部署 |  | | |
| 見学希望内容 |  | | |
| その他 | ※特記事項等があればご記入ください。 | | |

【提出先】

福岡赤十字病院　人材開発課研修担当

〒815-8555　福岡市南区大楠3-1-1

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL 0570-03-1211（代）FAX 092-522-3066

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　MAIL kenshuusuisin@fukuoka-med.jrc.or.jp