

# 病院見学 申し込み用紙

**\* 友達と一緒に参加したい方！**  
 『その他の問い合わせの欄』に、同じ日に参加したい旨をお書きいただき、参加希望者の名前をまとめて記載してください。  
 ただし、希望内容が違う場合は、お手数ですが別の用紙に記載をお願いします。

申し込み日			
申し込み者氏名(ふりがな)		* 学校名(学年)	
申し込み者連絡先電話番号	9時～17時までの連絡可能な番号 * 必須	その他の連絡先	
申し込み者住所(資料の郵送先)	〒		
来院時の交通手段	自家用車( ) 電車・バス( ) その他( 自転車 )		

\* 学生の方は、以下の学校名を必ずお書きください

\* 以下の欄の希望するものに日時・見学したい部署名(診療科)を記入してください。

		希望日・時	希望部署
1. 病院施設見学を希望する	第1希望	月 日 AM・PM( )	
	第2希望	月 日 AM・PM( )	
	第3希望	月 日 AM・PM( )	

＜その他の問い合わせ内容＞ \* 事前に確認しておきたいことや説明会や見学の際に希望することがあればお書きください。  
**必ず、メールにデータを添付して送信をお願いします。**

お問い合わせ先 滋賀県立総合病院看護部  
 電話 077-582-5031(代)  
 Mail nb0103@pref.shiga.lg.jp