病院見学・実習者用

見学等申込書

社会医療法人財団互恵会
理事長　殿

施設名・学校名	
部署名・学部名	
氏　　名	

以下の通り、見学または実習の申し込みをいたします。

1．日時

開始日時　　年　　月　　日　午前・午後　　時　　分

終了日時　　年　　月　　日　午前・午後　　時　　分

2．目的（該当箇所に✔を記入）

☐ 見学　☐ 実習　☐ その他（　　）

3．場所（該当箇所に✔を記入）

☐ 特定の部署（部署名：　　）

☐ 特定の場所（場所名：　　）

☐ その他　（　　）

4．内容（趣旨・目的等具体的に記入してください）

3．見学または実習者氏名（上記氏名欄以外に希望者がいる場合に記入）

氏名	部署・学部	役職	職種

4．備考（互恵会職員から内諾がある場合等はこちらに記入してください）

【回覧順】
見学等先所属長→総務課長
→事務部統括部長→院長→理事長

【書式保管】総務課

理事長	院長	事務部統括部長	総務課長	見学等先所属長
/	/	/	/	/

※本申込書は、見学等日時の1週間前までに提出してください

2016.06