

病院見学希望申込書

電話：025-266-5111

FAX：025-266-5112

新潟県立がんセンター新潟病院

庶務課 E-mail：shomu@niigata-cc.jp）宛

ふりがな
氏名

生年月日 年 月 日（ 歳） 性別 男・女

現住所 〒

本籍地（都道府県のみ）

現勤務先名 大学・病院・診療所・その他（ ）

住所 〒

電話：

FAX：

連絡先 〒

電話：

FAX：

E-mail：

携帯電話：

出身大学

卒業年度 年

見学希望日 第一希望日 年 月 日 ~ 月 日 時 ~ 時

第二希望日 年 月 日 ~ 月 日 時 ~ 時

主な見学希望科：

その他、希望事項

白衣・聴診器はご持参下さい