**病院(見学・実習）依頼書交付願**

令和　　年　　月　　日

三重大学医学部長　　殿

 　 医学科　第　　学年 学籍番号

　　　　　　　　　　　　 フリガナ

 　　 　　　　　　 氏　名　　　　　　　　　　　　　　（　　才）男・女

　　　　　　　　　　　　　 緊急連絡先 　（　 　　）

 　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　 現住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 電話　 （　　　）

　　　　　　　　　　　　 ※実習時の住所（実習時に連絡先が変わる場合）

 　　　　　　　　　　　　 　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　 帰省先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　電話　 （　　　）

 ※臨床実習期間中の場合

 臨床実習指導教員　診療科名

 氏　名 　 印

学外臨床実習中の場合は、必ず事前にその病院での指導医にも許可を貰うこと。

下記のとおり、病院（見学・実習）に参加したいので、依頼書の交付をお願いします。

 ＊いずれかを○で囲む

記

　 　病院名（診療科）： 　 （　　　　　　　　科 ）

　 　見学・実習期間：令和　　年　　月　　日( )　～　令和　　年　　月　　日( )

　　依頼文書の宛名：

　 （指定があれば記入してください、指定がなければ病院長宛になります。）

 　　病 院 所 在 地：　　〒

　　 提出部署・担当：

提出先電話番号： 　　 (　 　 )

 依頼文書の送付方法：　　１・個人から郵送　　　　２・学務課から郵送

（いずれかを○で囲む）