

< 見学依頼書見本 >

令和〇〇年〇月〇日

神戸市立医療センター中央市民病院長 様

〇〇大学〇学部長

〇〇〇〇印

病院見学依頼書

このたび、下記のとおり貴院の歯科・歯科口腔外科研修の見学希望がありましたので、よろしく願いいたします。

記

1. 学生氏名 神戸 太郎 (24 歳)
2. 学部/学年 〇学部 〇回生
3. 連絡先 (現住所)
〒650-0047
神戸市中央区港島南町2丁目1番地の1
TEL: 078-302-4321
携帯電話: 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇

(帰省先)
〒000-0000
〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番地
TEL: 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
4. 期間 令和〇〇年〇月〇日 (〇) ~〇月〇日 (〇)