平成　　年　　月　　日

国立循環器病研究センター

病院長 様

 （申請者住所）

 （申請者氏名） 　　　　　　　印

病院見学について（依頼）

（目的など）

下記のとおり施設見学の申込みをいたします。

記

１．

２．所属機関 住所：

 名称：

 所属部署：

 　　　　　　　　Tel：

 ３．希望日時（複数）：

 ４．見学希望部署　　部署名：

５．連絡先 Tel：

 e-mail：

※当日の持参物品　：　白衣・本人確認書類（職員証等）・その他指示のある物

【略歴】

　※見学受入にあたって、参考とさせて頂きます。差し支えない範囲でご記入下さい。

　※代わりに簡略な履歴書等を添付して頂いても結構です。

　※個人情報のため、厳密に取り扱います。

・卒業大学：　　　　　　大学

・卒 業 年：　　　　　　年卒

・職　　歴：

　　①　　　年　　月　～　　　　年　　月　：　　　　　　　　　　　　　　勤務

　　②　　　年　　月　～　　　　年　　月　：　　　　　　　　　　　　　　勤務

　　③　　　年　　月　～　　現　在　　　　：　　　　　　　　　　　　　　勤務