レジデント・専門修練医検討者用

Year　Month　Date
申請日：　年　月　日

国立循環器病研究センター
病院長　様
To:　Director General of the Hospital
National Cerebral and Cardiovascular Center

申請者所属：
Institution/organization
申請者氏名：
Applicant's name　印
seal or signature

病院見学について（依頼）
Application (One-Day Visit to Hospital Department)

下記のとおり病院見学の申し込みをいたします。

※ 見学者 Visitor (contact person)	ふりがな		性 別 Gender	国 籍 Nationalty
	氏名（漢字） Name in block		M・F	
	所属機関名称 Institution / organization			
	所属機関所在地 Country / region			
	所属部署 Division			
	職種・役職等 Type of occupation			
	連絡先携帯番号 mobile-phone number			
	連絡先 e-mail			
分類 （あてはまるものに◯をつける） Circle applicable item		・施設見学　facility tour ・手技見学･技術指導　observe or instruct a medical practice (Hospital) ・手技見学･技術指導　observe or instruct a medical practice (research) ・受験の下見　preliminary visit for job application ・その他　others		
具体的な内容・目的 Describe purpose of visit				
見学希望日時 Date of Visit (Year / Month / Date)				
見学部署名 Department to visit				
見学場所 Location				
受入責任者名・役職名 Supervisor (NCVC personnel)				

※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

※ 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。

【略歴】

・ 卒業大学：

・ 卒 業 年：　　年卒

・ 職　　歴：

①　　年　　月 ～　　年　　月 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿勤務

②　　年　　月 ～　　年　　月 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿勤務

③　　年　　月 ～　　年　　月 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿勤務