****

**病院見学のご案内**

**高知赤十字病院では、病院見学の申込みを受け付けています。**

**多数の皆さまのご参加を看護職一同、心よりお待ちしています。**

**令和6年度　　病院見学希望　申込書**

ふりがな

1.氏　名：.

　　　　　ふりがな

2.学校名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　学年：

3.連絡先

　電話番号：

　メールアドレス：

４．見学希望日

第3希望まで記入してください

　　①　　　月　　　日（　　　）

　　②　　　月　　　日（　　　）

　　③　　　月　　　日（　　　）　　　日にち調整して後日連絡します

５．病院見学で確認したいことがあればご記入ください。

**お問い合わせ・お申し込み**

看護部：伊勢田

TEL　088-822-1201（代）

FAX　088-822-1056

E-mail：nursing\_dept@kochi-med.jrc.or.jp