

学務課長	課長補佐	教務係長	教務係

学外実習（病院見学）依頼文交付願

令和 年 月 日

香川大学医学部長 殿

医学部 学科 第 年次

学籍番号 _____

氏 名 _____

下記のとおり学外実習（病院見学）に参加したいので、依頼文を交付願います。

記

実習希望期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

実習機関 _____

希望実習科 _____

文書宛名 _____

本人連絡先 〒 _____

電 話 _____

携帯電話 _____

電子メール _____

注) 病院名・希望実習科名は正確に記載すること。