大阪公立大学医学部

スキルスシミュレーションセンター  
見学申込書

大阪公立大学医学部附属病院　病院長　殿

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者 | 所属施設 | |  | | | | | |
| 部署名 | |  | | | | | |
| 担当者氏名 | |  | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | |
| E－mail | |  | | | | | |
| 希望日時 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | （　　） | ： |
| 見学者 |  | | | | | | | 計（　　）名 |
| 見学目的 |  | | | | | | | |
| その他 |  | | | | | | | |