平成　　年　　月　　日

東京医科歯科大学医学部附属病院

　　　病院長　大川　淳　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○×医科大学

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学長　○○　○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（公　　　　印）

施　　設　　見　　学　　許　　可　　願　　い

　時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

　このたび、学生の教育の一環として、下記のとおり貴院の見学を希望しております。

つきましては、ご多用のところ誠に恐縮ですが、ご許可くださいますようお願い申し上げます。見学に際しては、貴院の指示を遵守いたします。

1. 学生
2. 期間(日時)
3. 見学希望先
4. 見学目的　例）救急医療に興味があり、本学以外の病院における救急の現場を

見学したいと考えたため。

５，連　絡　先　　〒１１０－１２３４

　　　　　　　　　東京都＊＊区＋＋１－２－３

　　　　　　　　　○×医科大学　大学事務部学務課

　　　　　　　　　○○　○○

TEL ０３－１２３４－５６７８