年　　月　　日

医療法人康仁会 西の京病院
院長　吉岡　伸夫　殿

病院見学依頼書

<table>
<tr><td>希望日時</td><td colspan="3">年　　月　　日（　）
時　　分　～　　時　　分</td></tr>
<tr><td>見学希望診療科</td><td colspan="3">血管外科</td></tr>
<tr><td>見学希望施設</td><td colspan="3">1.　手術　　2.　診察　　3.　検査</td></tr>
<tr><td>貴施設名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>連絡先</td><td colspan="3">TEL：　　Email：</td></tr>
<tr><td rowspan="4">見学者</td><td>名前</td><td>所属</td><td>職種</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>下肢静脈瘤手術
経験の有無</td><td colspan="3">有　・　無　　※有の場合は主な術式、使用機器をご記入下さい
（　　）</td></tr>
<tr><td>その他</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

□　施設見学に際し貴施設の院内規定に同意します
（チェック）

代表者名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印