

見 学 依 頼 書（学生用）

年 月 日

国立研究開発法人
国立精神・神経医療研究センター
病院長 殿

依頼者

(ふりがな)

氏 名 _____

(生年月日：昭和 年 月 日) (性別：男・女)

(〒 -)

住 所 _____

電 話 _____

E-mail _____

1. 所属学校名（学部・年次）

2. 希望する日時・見学内容（具体的に記入）

3. 所属長の承認、又は、指導教授の推薦

上記の者に係る研修について、よろしくお願いいたします。

平成 年 月 日

所 属 長

(指導責任者)

印

※学生証の写しを添付