

平〇〇年〇〇月〇〇日

東京女子医科大学  
立元敬子 病院長 殿

〒000-0000

東京都新宿区河田町 00-00-0

TEL 00-0000-0000

〇〇〇〇大学

東京 花子

学生見学願いについて（依頼）

標記について、当校学生から下記の通り貴大学病院の見学願がありましたので、  
よろしく願いいたします。

記

1. 見学希望者  
医学科第〇学年 氏名：
2. 見学希望期間  
平成〇〇年〇月〇日（○）～平成〇〇年〇月〇日（○）
3. 見学内容

以上