

令和 年 月 日

地方独立行政法人 福岡市立病院機構
福岡市立こども病院
院長 楠原 浩一 様

病院見学の依頼

以下の通り、病院見学をお願い申し上げます。

記

1. 見学者氏名
2. 日時
3. 見学希望科（見学希望理由等）

以上