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