

筑波大学附属病院訪問申請書

Date : / /
 YYYY MM DD

①申込団体 Organization	名称 Name :
②代表者 Representative	氏名 Name :
③連絡担当者 Contact Person	氏名 Name : 電話 Phone : E-mail : Fax:
④団体概要 (別添可) Profile of Organization	(国名、都市名、正式名称、その他概要記載)
⑤日程・時間帯 Date and Time	日 程 : 年 月 日 時 ~ 時 Date (YYYYMMDD) / / Time: From To
⑥訪問者 人数・リスト List and number of visitors (別添可) Attach a list if there is not enough space	氏名(name) 職位(title)
	氏名(name) 職位(title)
	氏名(name) 職位(title)
	氏名(name) 職位(title)
	氏名(name) 職位(title)
	合 計 : 名 Total number
⑦国名 Country	
⑧訪問目的 Purpose of Visit	
⑨視察を希望する 診療科 Departments ※ご希望には添えないこと がございますので予め ご了承下さい。 ※There is a possibility that we might not be able to meet your request.	
⑩その他ご要望 Other Requests	