

病院見学申込書

申込年月日： 年 月 日

申込方法	本申込書に記載して下記までメール、FAX または郵送して下さい。	
見学希望日	第1希望	年 月 日
	第2希望	年 月 日
	第3希望	年 月 日
ふりがな 氏名		男・女
生年月日（年齢）	昭和 平成 年 月 日	歳
連絡先	住所： 〒 - 電話：（携帯） （自宅） メール：	
学校名 または勤務先	学校名： 勤務先：	年次：
当院へ興味を持たれた理由等ご記入ください。		

《連絡先》 〒799-1341 愛媛県西条市壬生川 131 番地
医療法人専心会 西条市立周桑病院 総務課
TEL:0898-64-2630 FAX:0898-65-5503
E-mail: somu@shuso-hospital.jp