

病院見学申込書

申込年月日: 令和 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: 年次: 勤務先:	

《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