

三豊総合病院 病院見学申込書

病院見学を申し込みます。

受付日 年 月 日

希望日時	① 平成 年 月 日 () 時間 ② 平成 年 月 日 () 時間 第2希望まで受け付け		
見学希望	特に重点的に見学したい部門、部署		
氏名			
学校名		学年	
連絡先住所	〒		
電話番号			

※ 取得した個人情報は、当院からの連絡等の業務に限って利用させていただきます。

下記の FAX 番号に送信してください

0875-52-4936