

長久病院 担当者 宛

FAX : 050-3737-7063

令和 年 月 日

病院見学会 参加申込書

病院見学会について、下記のとおり申し込みます。

ふりがな	
お名前	年齢 (才)
見学・説明 希望職種	※看護師・理学療法士など具体的にご記入ください。
区 分	今年度末卒業予定 ・ 既卒 ・ その他 ※該当する区分に○をつけて下さい。
学校名	(年生) ※在学中の方は学校名をご記入ください。
ご住所	〒
ご連絡先 電話番号	
備 考	
一日体験・インターンシップ希望	する ・ しない

◎申込方法 必要事項をご記入の上、郵送またはFAXにてお申し込み下さい。

◎申 込 先 医療法人社団光風会 長久病院 (担当/高見)

TEL : 079-237-5252 FAX:050-3737-7063

〒671-1152 兵庫県姫路市広畑区小松町2丁目66番地1

www.cyokyuhp.com