

病院見学申込書
(医科・歯科)

*希望するものにチェックをしてください。 ☐ 病院パンフレット請求 ☐ 病院見学申込

(フリガナ)	性 別	男・女	生 年 月 日	(昭和 ・ 平成) 年		
(氏 名)				月	日	歳

住所	〒 ー
電話番号	ー ー
E-mail	@

大学	既卒 ・ 在学中 （ 学年 年 ）
----	-------------------

第1希望日	
第2希望日	
第3希望日	

宿 泊 希 望	☐ 希望する	☐ 希望しない
---------	-------------------------------	--------------------------------

* 宿泊を希望される方は、医師当直室を無料でご利用できます。(バス、テレビ、ベッド付き)
近隣の宿泊施設を希望される場合は、ご案内いたしますのでお申し出ください。(宿泊費は自己負担)

ご要望・お問い合わせ等がございましたら、ご記入ください。

--

◆提出先・お問い合わせ先

社会保険田川病院 臨床研修事務局 担当：堀田（ほりた）・明瀬（みょうせ）

(住所) 〒826-8585 福岡県田川市上本町10-18 (電話) 0947-44-0460 (FAX) 0947-45-6540

(Email) jinji@s-tagawa-hp.tagawa.fukuoka.jp