

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

住所	〒 —
電話番号	— —
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 総務課 (臨床研修事務局)

(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) syomuka@s-tagawa-hp.tagawa.fukuoka.jp