

聖隷佐倉市民病院 病院見学会申込用紙

病院見学会にご参加される方は以下をご記入いただき、郵送またはFAXにてお申し込みください。
なお、お電話やメールにて以下の内容をご連絡いただければ、そちらでもお申し込みを受付いたします。
病院見学会の詳細につきましては、各開催日の一週間前に郵送にてご連絡いたします。

申し込みめきり：参加を希望される各開催日の 1週間前必着

フリガナ			
氏名			
生年月日	(西暦)	年	月 日生 () 歳
性別	女	男	
住所	〒 -		
電話番号			
メールアドレス			
	学生	有資格者	
	*学生の方は以下に学校名・学年を記載して下さい		
学校名			
学年	現	年生	卒業年(予定) 年

1. 病院見学会希望日に○をしてください

2月27日(木) ・ 3月18日(水) ・ 3月27日(金)

6月27日(土) ・ 7月29日(水) ・ 8月20日(木)

2. その他、希望事項があればお書きください

ご連絡先

〒285-8765

千葉県佐倉市江原台2丁目36番2

聖隷佐倉市民病院 総務課 宛

TEL：043-486-1151 FAX：043-486-8696

Mail：sk-saiyou@sis.seirei.or.jp



(担当：総務課 塚本・大里)