

病院見学申込書

平成 年 月 日

市立池田病院

院長 黒川 正典殿

病院見学を下記のとおり希望しますので、所定の書類を添え申し込みます。

(フリガナ) 氏名	() 生年月日 年 月 日生 (歳) (男・女)
現住所	住所 〒 TEL 携帯 E-mail
連絡先 (専門学校) (大学)	連絡先名 住所 〒 TEL
希望日時	平成 年 月 日
希望内容	