

病院見学会申込書

1. 氏名: _____ (ふりがな: _____) 性別: 男・女
2. 学校名: _____ (学年 _____ 年)
3. 連絡先: TEL (_____) E-mail (_____)
※メールアドレスは「^{いち}1と^{エル}1」「^{ゼロ}0と^{オー}o」「^{ハイフン}-と^{アンダー}_」等が分かるように記載をお願いします
4. 現住所(都道府県名のみ): _____ (都・道・府・県)

※見学会の希望日程 2 週間前に現住所以外の都道府県に滞在した場合は、都道府県名を以下に記載してください。

(_____ 都・道・府・県)

5. 希望職種に○印をつけてください。
臨床検査技師・診療放射線技師・理学療法士・作業療法士・歯科衛生士
臨床工学技士・医療ソーシャルワーカー
6. 希望日程に○印をつけてください。
6/15(月)・6/26(金)・6/29(月)・7/10(金)・7/13(月)・7/17(金)
※臨床工学技士は金曜日^{のみ}の開催となります。
7. その他、質問や体験・見学希望などあれば自由にご記入ください。

[_____]

申し込み先

〒990-8545 山形市沖町 79-1

社会福祉法人 ^{山形} 済生会山形済生病院 人事課 今野

TEL: 023-682-1111 / FAX: 023-682-0123 / E-mail: jinji@ameria.org