

# 薬剤師病院見学会申込書

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「1とl」「0とo」「-と\_」等が分かるように記載をお願いします  
いち エル ぜろ オー ハイフン アンダー

4. 希望日程

第一希望( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) 第二希望( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

5. 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 財団 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