

加賀市医療センター総務課 宛て

E-mail jinjihosp@city.kaga.lg.jp FAX 0761-76-5263

加賀市医療センターSpring Camp2024申込書

項 目	入 力
大 学 名	
学 年	
ふ り が な	
お 名 前	
性 別	
年 齢	
住 所	
ア パ ー ト 名 ・ 部 屋 番 号	
携 帯 番 号	
メ ー ル ア ド レ ス	
出 身 地	
参 加 を 希 望 し た 理 由	
希 望 研 修 エ リ ア	
白 衣 ・ サ ン ダ ル の 要 否	
※上記で白衣やサンダルが必要と答えた方はサイズをご記入ください (白衣S, M, LLやサンダル26cmなど)	
宿 泊 の 有 無	
質 問 等 が あ れ ば ご 記 入 く だ さ い	