

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病院見学申込書

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	
見学を希望した理由	
見学希望日(第1希望)	年 月 日 ~ 年 月 日
見学希望日(第2希望)	年 月 日 ~ 年 月 日
見学希望日(第3希望)	年 月 日 ~ 年 月 日
見学希望診療科	
見学希望部署、質問等 があればご記入ください	