

加賀市医療センター総合研修室 宛て

E-mail kenshu@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	