

国立病院機構東佐賀病院 病院見学 申し込み用紙

※病院見学の申し込みは、平日の場合は、実施日の3日前まで、土日祝日の場合は、実施日の1週間前までをお願いします。

ふりがな 氏 名	
年齢 性別	歳 男 ・ 女
看護学校名 (大学・専門学校)	学年 (1 年 ・ 2 年 ・ 3 年 ・ 4 年)
連絡先 ※項目は、必須記入 (申込後、日程確定や事務連絡のため)	※携帯電話番号(電話可能時間帯：) ※メールアドレス 本人住所
希望日程	希望の日程をお書き下さい 第一希望 月 日 () 第二希望 月 日 ()
備 考	その他ご希望、ご要望等があればお書き下さい

FAX 番号 0942-94-3137