**国立病院機構東佐賀病院　病院見学　申し込み用紙**

※病院見学は平日のみ受け付けております。

申し込み：実施日の7日前までにHPの「病院見学申し込み用紙」に記載し、faxまたはメールでお申し込み下さい。

　　　　　お申込み受け取り後、担当者からメールで返信をさせていただきます。

　　　　　お申し込みが、休日や勤務時間外の場合、返信が遅くなる場合がございます。

　　　　　ご了承の上お申し込み下さい。

お願い　：お申込みの際、担当者が、感染管理の観点から、参加者の７日前からの行動履歴等について確認させていただきます。ご協力よろしくお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 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  ※平日のみ | 希望の日程をお書き下さい  第一希望　　　月　　日（　　）  第二希望　　　月　　日（　　）  第三希望　　　 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（病院代表番号）**