

# 市立千歳市民病院見学会申込書

Fax 0123-24-3005  
看護部 三木 宛

ふりがな 氏 名	見学会希望日をご記入ください。 月 日
住 所            *連絡先をご記入ください。 〒            —	電話、携帯（優先を○で囲んでください。） 電話            —            — 携帯            —            —
学校名又は病院	
見学会で知りたい事や特に見学したい場所がありましたら、ご記入ください。	

※ 日時がご希望に添えない場合のみ、こちらからご連絡いたします。