社会医療法人　恵佑会札幌病院　　　　　　　　　　　　　　FAX　011－863－2127

看護部　宛

社会医療法人　恵佑会

平成29年度　病院見学会　参加申込用紙

|  |  |
| --- | --- |
| ①参加希望日  （１つ選び○をつけてください） | １．　4月 15日（土）  ２．　5月 27日（土）  ３．　8月 5日（土） |
| ②見学希望病院  （1つ選び○をつけてください） | １．　札幌病院と第2病院  ２．　札幌病院のみ  ３．　第2病院のみ |
| ③ふりがな |  |
| ③氏　名 |  |
| ④学校名・卒業年  （学生・既卒者とも） | 学校名・出身校名：  （学生の方）  卒業予定年： 2018年3月卒業見込　・　その他（　　　　年）  （既卒者の方）：卒業年　（　　　　　）年 |
| ⑤現勤務先名  （既卒者のみ） |  |
| ⑥携帯電話番号  （見学会当日、連絡のつく番号） |  |
| ⑦メールアドレス※ |  |

※お申込みから1週間以内に、記載していただいたアドレスに申込受付メールをお送りします。

携帯電話・スマートフォンのメールの場合、設定（PCメールの拒否、指定以外のアドレス・ドメイン拒否等）によりメールがお送りできないことがありますので、お手数ですが、お申込み前に設定のご確認をお願いいたします。