

医療法人 秋桜会  
新中間病院長 殿

新中間病院 病院見学 参加申込書

フリガナ 参加者 氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)
性別	男 ・ 女
在学学校名	( 年生)
現住所	〒 — 電話番号 ( ) 携帯番号 ( )
緊急連絡先	フリガナ 氏名 (続柄 ) 電話番号 ( )
見学会日程	
希望日時	平成 年 月 日 時 分
見学したい場所 体験したい内容等	
応募した動機	

平成 年 月 日

申込者署名 \_\_\_\_\_ 印

〒809-0018  
福岡県中間市通谷1丁目36番1号  
TEL : 093 (245) 5501  
FAX : 093 (245) 4252  
担当 看護部長 荒巻 きよみ