

平成 29 年度 病院見学 申込書

申込年月日：平成 年 月 日

申込方法	本申込書に記載して下記までメール、FAX または郵送してください		
参加希望日	第 1 希望	月	日
	第 2 希望	月	日
	第 3 希望	月	日
ふ り が な 氏 名			男 ・ 女
生年月日（年齢）	昭和 ・ 平成	年	月 日 歳
連 絡 先	住 所：〒 ー		
	電 話：（携帯）	（自宅）	
	メー ル：（携帯）	（PC）	
所属養成機関 または 勤務先情報	学校名：		
	勤務先：		
	住 所：〒 ー		
	電 話：		
	養成課程年数：	年次	
	経験年数：	年間	

緊急連絡先	氏 名：
	電話番号：
	住 所：〒 ー

≪連絡先・申込先≫：〒060-8570 札幌市中央区南 1 条西 14 丁目 291 番地 190
 社会医療法人医仁会 中村記念病院 看護部 利
 E-mail: yasuko-t@nmh.or.jp
 TEL : 011-231-8555 FAX : 011-231-8385