医療法人愛全会　愛全病院
【　病院見学会　参加申し込み用紙　】

愛全病院　看護部　髙橋・渋谷　宛

FAX　：　011-572-8007

★　下記項目をご記入の上、お申込み下さい。

①お名前 年齢	（ふりかな） （　　）歳	性別	□女性 □男性
②ご住所			
③ご連絡先	□　自宅　：　　（　　）　　□　携帯　：　　－　　－ □　メールアドレス： （申込受付確認のご連絡をしております。ご連絡の取れるアドレスをご記入ください）		
④学校名	学校名（　　） 学部・専攻（　　）　学年（　　）		
⑤参加希望日	ご希望日に✓をつけて下さい。 □　5月　22日（土） （申込　5月14日(金)　まで） □　6月　19日（土） （申込　6月11日（金）　まで） □　7月　17日（土） （申込　7月9日(金)　まで）		
◆　オンライン病院見学会参加にあたり、質問等ございましたらご記入ください。			

※　申込確認後、当院より受付確認のご連絡をさせて頂いております。ご住所やご連絡先は連絡の取れるアドレスのご記入をお願い致します。

※　メールでお申し込みの場合、上記内容を記載頂きご連絡をお願い致します。
ご連絡頂いたメールアドレスに確認メールを返信致します。 5日以内に返信がない場合はお手数ですが「011-572-8260(看護部直通)」までご連絡頂けます様宜しくお願い致します。