

※ 添書不要

白河厚生総合病院 総務課 宛

FAX : 0248-22-2218

病 院 見 学 会 申 込 用 紙

ふりがな		性別
氏名		男・女
見学希望日 (○で囲んでください)	① 7/30	② 8/5
現住所	〒	
電話番号		
メールアドレス		
学校名		
職種	薬剤師 ・ 看護師 ・ その他 ()	