



東海中央病院見学会申込書

記入日：平成 年 月 日

【病院見学会】 平日（月～金） ①11：00～ ②13：30～

※ご希望の日にちを3つほどご記入ください。時間をご都合に合わせて

①・②よりお選びください。（上記時間は多少前後する場合がございます）

日程調整の上、担当者からご連絡いたします。

希 望 見 学 日	
第一希望日	平成 年 月 日 () ①・②
第二希望日	平成 年 月 日 () ①・②
第三希望日	平成 年 月 日 () ①・②

フリガナ 氏 名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	
住 所	〒	TEL ()
学校名または 在職施設名	(学年：)	TEL ()
連絡先の 住 所	(上記同様であれば記入なし)	TEL ()

※ この申込書の個人情報は、他の目的に一切使用しません。

ご友人の方と来院される場合は、氏名のみ併記いただくようお願いいたします。

FAX (058) 382-1762