



東海中央病院見学会申込書

記入日：平成 年 月 日

【開催日】 7月 3日(土) 7月17日(土) 7月31日(土)
8月 4日(水) 8月18日(水) 8月21日(土)
9月11日(土)

※上記開催日はいずれも午前11:00から2時間程度です。

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

※上記開催日で都合が合わない場合でも随時受付けしておりますので
ご希望の日を3つほどご記入ください。

(日にちと時間について担当者よりご連絡をいたします)

フリガナ 氏 名			
生年月日	昭和・平成	年	月 日 (歳)
住 所	〒		TEL ()
学 校 名	(学年:)		TEL ()
在学中の住所			TEL ()

※ この申込書の個人情報、他の目的は一切使用しません。
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