

弘前大学医学部附属病院 施設見学会

FAX 参加申込書

FAX 連絡先； 0 1 7 2－3 9－5 3 3 6

* 受付時間 平日 8:30～17:00（土・日・祝日不可）

参加希望日	月 日 *忘れずご記入ください。
参加者氏名等	フリガナ 歳 男・女 希望見学病棟
学 校 名	平成 年 3 月 卒業予定・卒業
現住所および 連絡先	電話
備考欄	

- * 通常の見学コースは、外科系・内科系病棟を組み込んでおります
- * 見学病棟を指定される方は、備考欄に希望する病棟（診療科）をご記入ください
- * 施設見学のみ希望の方は備考欄に見学のみと明記してください
- * 1 枚の用紙で複数の方が申し込まれる場合、参加者全員の氏名をご記入下さい
- * 現住所・連絡先は代表者の方をご記入下さい