

平成 年 月 日

医療法人山容会 山容病院
院長 小林 和人 様



【病院見学申込書】

希望日	第1希望 : 平成 年 月 日 / 時 分 ~ 時		
	第2希望 : 平成 年 月 日 / 時 分 ~ 時		
	第3希望 : 平成 年 月 日 / 時 分 ~ 時		
申込者	団体名		
	部署名		
	加付 氏名		
	性別 男性 ・ 女性 年齢 歳		
	学校名 (学生の方)		
	学科 学年 年		
	〒 □□□ - □□□□ 都道府県 区市群 町村		
連絡先	電話番号【 - - 】 FAX【 - - 】		
	Email		
お申込み経路 (該当するものに○を付けて下さい) ①ツォ ②新聞 ③雑誌 ④テレビ ⑤ホームページ ⑥講演会 ⑦紹介【紹介者名: / 【団体名: 】			
見学目的			
見学者	氏 名	職位 ・ 所属部署	職 種

※必要事項をご記入の上、FAXにてお申込み下さい。 【計 名】

山容病院 〒998-0074 山形県酒田浜松町1-7
情報広報課 ☎0234-33-3355 FAX0234-33-3617

【2017年病見第 号】