

年 月 日

医療法人 山容会
理事長 小林 和人 様



【施設見学申込書】 山容病院・わだち

※見学希望施設に○を付けて下さい

希望日	第1希望 : 年 月 日 / 時 分 ~ 時		
	第2希望 : 年 月 日 / 時 分 ~ 時		
	第3希望 : 年 月 日 / 時 分 ~ 時		
申込者	団体名		
	部署名		
	加加氏名		
	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ポスター 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】

山容会 〒998-0074 山形県酒田市浜松町1-7
情報広報課 ☎ 0234-33-3355 FAX 0234-33-3617

【 年施見第 号】