

あそかビハーラ病院 施設見学研修申込用紙

申込日 20 年 月 日

| | | |
|------|--------------------------|--|
| フリガナ | | |
| 氏名 | | |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成 年 月 日 () 歳 男・女 | |
| 住所 | 〒 - | |
| 連絡先 | 電話番号 | |
| | FAX番号 | |
| | メールアドレス | |
| 所属 | 勤務先・学校 | |
| | 職業・職位 | |
| | 所属・配属 | |

研修の種類
(ホームページを御確認の上、記入をお願いします。該当の種類がない場合は、その他に記入ください。)

| | |
|-----|--|
| 種類 | |
| 番号 | |
| その他 | |

| 研修希望日時 | 研修希望者数 | 名 |
|---------------------|--|-------|
| 第一希望 20 年 月 日 (曜日) | 時間 | : ~ : |
| 第二希望 20 年 月 日 (曜日) | 時間 | : ~ : |
| 第三希望 20 年 月 日 (曜日) | 時間 | : ~ : |
| 昼食申込み | <input type="checkbox"/> あり (食) <input type="checkbox"/> なし *1食500円(税込み) 前日までに申込みをお願いします | |

| | |
|--------------|--|
| 研修動機 | |
| 研修目的 | |
| その他 ご要望など | |

※ 上記に記入漏れがないことをご確認の上、FAX、E-mail、郵送にてお申込ください。後日、当院よりご連絡させていただきます。

〒610-0116 京都市城陽市奈島下ノ畔3-3
 TEL: 0774-54-0120 FAX: 0774-54-0121 E-mail: viharasou@asokavihara.jp

| | | |
|----|-----|------|
| 院長 | 事務長 | 看護師長 |
| | | |