

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 432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: kanwa@asokavihara.jp

院長	事務長	看護課長