黒石市国民健康保険黒石病院　病院見学申込書

申込日：令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 |  | | 生年月日  年齢・性 | S・H　　年　　月　　日生  （　　　歳）　男　・　女 | |
|  | |
| 現住所 | 〒  電　 話（携帯）：  メールアドレス： | | | | |
| 本籍地（出身地） |  | | | | |
| 学校名・学年 |  | | | | |
| 見学希望日  見学希望科 | 第1希望 | 令和　　年　　月　　日（　　） | | | 科 |
| 第2希望 | 令和　　年　　月　　日（　　） | | | 科 |
| 宿泊 | 宿泊希望有りの場合は宿泊希望日をご記入ください。  　令和　　年　　月　　日（　　） | | | | |
| 来院手段 | ・公共交通機関  ・自家用車 | | | | |
| 備考 | ※その他見学についてご自由にご記載ください。 | | | | |

* 申し込まれた方には、見学日程を調整のうえ、折り返しご連絡いたします。

【お申込先】

〒036-0541　黒石市北美町１丁目70  
　　　　　　　　　　　　黒石市国民健康保険黒石病院　臨床研修担当  
　      　　　　　　　　　TEL：0172-52-2121 （内線2806）　FAX：0172-52-5682  
　　　　　　　　　　　　E-mail：[ki-keiei@hospital-kuroishi.jp](mailto:ki-keiei@hospital-kuroishi.jp)