

黒石市国民健康保険黒石病院 病院見学申込書

申込日： 年 月 日

ふりがな 氏 名		生年月日 年齢・性	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	年 月 日 ()	科
	第 2 希望	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。 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