

藤田医科大学七栗記念病院「病院見学ツアー」申し込み書

第一希望日： 年 月 日

第二希望日： 年 月 日

食事希望 ： 有 無

病院名・施設名：

住 所：

申し込み代表者名：

職種：

連絡先：電話

役職：

メール： @

《参加者》

	氏 名	職 種	役 職
1			
2			
3			
4			
5			

《ディスカッション希望の部署・職種 内容等を記入してください》

返信FAX:059-252-1383（代表）代表電話番号：059-252-1555

病院見学ツアー担当者：堀内薫 谷中葉子