

# 福島赤十字病院 当直見学申込書

福島赤十字病院 総務課 行

FAX 024-531-1721

申込日：平成 年 月 日

|        |                    |    |                   |       |
|--------|--------------------|----|-------------------|-------|
| フリガナ   |                    |    | 性別                | □男 □女 |
| 氏名     |                    |    |                   |       |
| 見学希望日  | 平成 年 月 日 ( ) : ~ : |    |                   |       |
| 現住所    | 〒                  |    |                   |       |
| 帰省先の住所 | 〒                  |    |                   |       |
| 生年月日   | 年 月 日 ( 歳)         |    |                   |       |
| 大学名    | ( 学年)              |    | 平成 年<br>(卒業見込・卒業) |       |
| TEL    |                    | 携帯 |                   |       |
| E-mail |                    |    |                   |       |
| 備考     |                    |    |                   |       |

【お問い合わせ】 福島赤十字病院 総務課 鈴木

〒960-8530 福島市入江町 11-31

TEL 024-534-6101 FAX 024-531-1721

E-mail rinsho-kenshu@fukushima-med-jrc.jp