

申込日：令和 年 月 日

フリガナ		年齢	性別
お名前		歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
学校名 (学科まで)		()年生 ()年3月卒業見込	
連絡先	〒 -		
住所は番地、部屋番号を 忘れずにご記入ください	TEL :		
	E-mail :		
希望日	第1希望 : 令和 年 月 日 (曜日) 第2希望 : 令和 年 月 日 (曜日) ※上記日程以外の日での参加をお願いすることがあります。		
希望病棟を チェック してください 体験いただくのは 1病棟になります	第1希望	第2希望	
	<input type="checkbox"/> HCU HCU (高度治療室) <input type="checkbox"/> 3病棟 救急病床、循環器内科 <input type="checkbox"/> 4病棟 (レディースフロア) 婦人科、整形外科、眼科 <input type="checkbox"/> 5A病棟 整形外科、呼吸器外科、眼科 <input type="checkbox"/> 5B病棟 (脳卒中センター) 脳外科・脳神経内科・耳鼻科 <input type="checkbox"/> 6A病棟 消化器内科・循環器内科・小児科 <input type="checkbox"/> 6B病棟 消化器内科・消化器外科	<input type="checkbox"/> HCU HCU (高度治療室) <input type="checkbox"/> 3病棟 救急病床、循環器内科 <input type="checkbox"/> 4病棟 (レディースフロア) 婦人科、整形外科、眼科 <input type="checkbox"/> 5A病棟 整形外科、呼吸器外科、眼科 <input type="checkbox"/> 5B病棟 (脳卒中センター) 脳外科・脳神経内科・耳鼻科 <input type="checkbox"/> 6A病棟 消化器内科・循環器内科・小児科 <input type="checkbox"/> 6B病棟 消化器内科・消化器外科	
その他ご質問などご記入ください。			

* ご記入いただいた個人情報は業務以外には一切使用することはありません。

申込書は2月27日(木)までに (必着のこと)、郵送、FAXまたはメールで送付してください。

送信先：福島赤十字病院 総務課 行

FAX : 024-531-1721 E-mail : jinji@fukushima-med.jrc.or.jp

<お問い合わせ> 福島赤十字病院 総務課：池田

〒960-8530 福島市八島町7-7

TEL : 024-534-6101 (代表)