

申し込み先【FAX】06-6552-0653

大正病院 高校生 1日看護体験 申込用紙

大正病院 看護部長宛

毎月 第3土曜日開催予定

高校名	参加希望者氏名（フリガナ）	学年	洋服のサイズ

*必ず希望者全員の氏名をご記入ください

【高校の住所】

〒

【連絡時の窓口になる方】

氏名

連絡先（TEL）

※FAX確認後、窓口の方に連絡させていただき参加の際の説明をします。

【問い合わせ先】 TEL 06-6552-0621（代表） 看護部長宛て

医療法人彰療会 大正病院