

# 病院見学会参加申し込み

送信日 令和 年 月 日

送付先：独立行政法人国立病院機構  
下総精神医療センター  
副看護部長 大橋

FAX番号： 043 (291) 2602

## 申し込み者

氏名： 誕生日 西暦 \_\_\_\_\_ 年生

住所： 〒 \_\_\_\_\_

連絡先： ( \_\_\_\_\_ )

- ・ 該当する箇所に「○」を付けてください。

学生（看護学校・看護大学） 就業者 退職中

- ・ 在学中・就業者の方は、学校名・病院名をご記入ください。

\_\_\_\_\_ 学校名・病院名 \_\_\_\_\_ 学年

- ・ 病院見学希望日を記載してください。

平成 年 月 日

その他ご質問等ございましたらご記入ください。