

あそかビハーラ病院 見学・研修申込用紙

申込日 20 年 月 日

代表者1名について、ご記入ください

フリガナ		
氏名		
年齢・性別	()歳、 男・女	
所属	名称	
	住所	〒 —
連絡先	電話番号	
	メールアドレス	
職種	医師 ・ 看護師 ・ 宗教者 ・ 管理栄養士 ・ 薬剤師 ・ 学校教諭 その他 ()	

内容	見学 ・ 研修 ・ その他 ()
----	-------------------

人数	名
----	---

希望日時	申込日の2週間後以降の、平日9時～17時でご記入ください 複数日の見学・研修をご希望の場合、希望日時はその他にご記入ください			
第一希望	20 年 月 日 (曜日)	時間	:	~ :
第二希望	20 年 月 日 (曜日)	時間	:	~ :
第三希望	20 年 月 日 (曜日)	時間	:	~ :
昼食申込み	あり (食、1食500円(税込)) ・ なし			

動機・目的	
その他	

上記に記入漏れがないことをご確認の上、FAX、E-mail、郵送のいずれかにてお申込ください。
後日、当院よりご連絡させていただきます。

一般財団法人 日伸会ビハーラ医療福祉機構 あそかビハーラ病院
〒610-0116 京都府城陽市奈島下ノ畔3-3
TEL: 0774-54-0120
FAX: 0774-54-0121
E-mail: kenshu@asokavihara.jp

院長	事務長	看護課長	僧侶	栄養課長