

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 |
| | | | | |