

フリガナ		
氏名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日()歳 男・女	
住所	〒 -	
連絡先	電話番号	
	FAX番号	
	メールアドレス	
所属	現在の勤務先	
	職業・職位	
	所属・配属	
*参加のどちらかに○印を付けてください。		
参加		* 一般見学を希望します ----- 見学希望日時 第1希望[] 第2希望[]
		** ナース見学会への参加を希望します
見学動機		
見学目的		

* 一般見学とは施設の見学です。随時受け付けます。所要時間は約30分～1時間。

** ナース見学会とは当院が年2回開催するナースを対象とした見学会です。施設見学及びホスピスに関するプレゼンテーションや意見交換等を行います。所要時間は約2時間～2時間30分。

※ 上記申込用紙に記入漏れがない事を確認したうえで、FAX又はE-meilにてお申込下さい。追ってご連絡いたします。

FAX 075-495-1189

E-meil inaba@yakushiya.or.jp