

# 船橋中央病院 病院見学申込書

(平成 年 医科)

平成 年 月 日

フリガナ

氏名

生年月日 年 月 日 (満 歳)

大学名 :

学年 : 年生 ・ 既卒

連絡先 自宅 : 携帯 :

E-mail : @

・見学希望日 1 : 平成 年 月 日

・見学希望日 2 : 平成 年 月 日

・見学希望日 3 : 平成 年 月 日

・見学したい部署等ご自由にお書き下さい。

送付先 :

〒273-8556

千葉県船橋市海神 6-13-10

Tel 047-433-2111 Fax 047-435-2655

E-mail : main@funabashi.jcho.go.jp

独立行政法人地域医療機能推進機構 船橋中央病院 総務企画課