

船橋中央病院 病院見学申込書

(令和 年 医科)

令和 年 月 日

カガナ

氏名 男性 ・ 女性

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 : 令和 年 月 日 1 日 ・ 午前 ・ 午後

・見学希望日 2 : 令和 年 月 日 1 日 ・ 午前 ・ 午後

・見学希望日 3 : 令和 年 月 日 1 日 ・ 午前 ・ 午後

・見学したい部署等ご自由にお書き下さい。

連絡先 : 〒273-8556

千葉県船橋市海神 6-13-10
TEL047-433-2111 Fax 047-435-2655
E-mail : main@funabashi.jcho.go.jp
JCHO 船橋中央病院 総務企画課