

見学・実習及び情報閲覧・利用申込書

社会医療法人 北海道循環器病院 院長 殿

施設名			
部署名		責任者名	⑩
住所	〒 -		
TEL		FAX	
E-mail	@		
目的	<input type="checkbox"/> 見学	詳細：	
	<input type="checkbox"/> 実習	詳細：	
	<input type="checkbox"/> 情報閲覧・利用	詳細：	
	<input type="checkbox"/> その他	詳細：	
希望日時	1. 年 月 日 : ~ :		
	2. 年 月 日 : ~ :		
	3. 年 月 日 : ~ :		
来院者数	人		

_____年 月 日

氏名： _____ ⑩

〈提出・問い合わせ先〉

社会医療法人 北海道循環器病院 営業課

TEL：011-563-3911(代) FAX：011-563-1181(直通) E-mail：eigyoun@hokuiun.or.jp