

年 月 日

見学・実習・研修申込書

公益財団法人会田病院
理事長 会田征彦 様

(ふりがな) 氏 名	生年月日 年 月 日 (歳) (男・女)
学 校 名 ・ 学 年	(年生)
希望職種	
資格有無	有 ・ 無
連 絡 先	住所 〒 TEL e-mail
希 望 日 時 (第一希望・ 第二希望)	年 月 日 () 時間帯 : ~ :
	年 月 日 () 時間帯 : ~ :
希望研修・ 希 望 内 容 (出来るだけ具 体的に書いて ください)	