

医療法人 溪仁会 札幌西円山病院

病院見学会 参加申し込み用紙

希望日時	月 日 ()		
ふりがな			
氏名			
住所	〒		
電話番号			
メールアドレス			
学校名			
学年	年	年齢	歳

申し込み方法

- メール **kangobu-n@keijinkai.or.jp**
件名に「病院見学参加申し込み」・「インターンシップ参加申し込み」と記載し、
こちらの申し込み用紙を添付、または上記内容を本文に記入し送信ください。
- 電話 **011-644-5502** 担当：依田・泉
- FAX **011-644-5515** 担当：依田・泉 こちらの用紙に記入しFAXしてください。
- 郵送 〒064-8557
札幌市中央区円山西町4丁目7-25 医療法人 溪仁会 札幌西円山病院
看護部 担当：依田・泉
こちらの用紙に記入し郵送してください。

※締切は希望日の**1週間前**です。

申込み完了後、郵送またはお電話にて当日のご案内をいたします。

開催日2日前になってもこちらからの案内がない場合はお手数ですがお電話ください。