

オープン ホスピタル サマー プログラム

申込 F A X 送信票

宛先

F A X : 0 7 6 1 - 4 7 - 7 5 0 8

やわたメディカルセンター 看護部 行

参加希望日 (希望する日程に をつけてください。)

第 1 回目 : 8 月 8 日 (水) ~ 8 月 9 日 (木)

第 2 回目 : 8 月 22 日 (水) ~ 8 月 23 日 (木)

お名前 : _____

学校名 : _____

お電話番号 : _____

(ご連絡のとれる番号をご記入ください。)

ご住所 : 〒 _____

E-mail : _____

利用交通機関 (該当する交通機関に をつけてください。)

・電車とバス 最寄りの公的機関 _____ から当院まで _____ 円
【当日の出発地 (自宅や学校など) から当院までの片道の金額をご記入ください。】

・自家用車 _____ km (片道)

・その他 (_____)

白衣サイズ (該当するサイズに をつけてください。)

S ・ M ・ L ・ LL ・ EL