

# オープン ホスピタル スプリング プログラム

## 申込FAX送信票

宛先

FAX：0761-47-7508  
やわたメディカルセンター 看護部 行

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