

南魚沼市民病院 施設見学申込書

ふりがな 氏 名			
住 所	〒		
電話番号		E-mail	

来院情報 *調整期間が取れない場合、お断りさせていただく場合があります。

希望日時 *当院診療日のみ *10:00~15:00開始	第一希望	年	月	日 ()	時	分 ~	時	分
	第二希望	年	月	日 ()	時	分 ~	時	分
	第三希望	年	月	日 ()	時	分 ~	時	分
人数	名							
主な見学希望科								
目的および 当院選定理由								
その他								

ご記入のうえ、庶務課までFAXまたはメールにてお送りください。

内容確認後こちらからご連絡いたします。(しばらく連絡がない場合は、恐縮ですが下記にお問い合わせください。)
状況によりお断りする場合がありますことをあらかじめご了承ください。

* 1枚で複数人お申込みいただく場合には、参加者名簿(様式自由、住所・氏名を記載)を提出してください。

南魚沼市民病院 庶務課

TEL : 025-788-1222

FAX : 025-788-1231

E-mail : shimin@yukigunihp.jp