

このままFAXできます

藤木病院宛て FAX番号 076-463-2801

『探検ホスピタル』申込み用紙

下記の通り2018年8月22日開催の「探検ホスピタル」への参加を申し込みます。

応募日：2018年 月 日

保護者氏名 ※必須		印
住所 ※必須		
緊急連絡先 ※必須		
メールアドレス (お持ちの方)		

※お子様のおやつを準備いたしますので、アレルギーの有無をご記入ください。

アレルギーの有無	有	(何アレルギー)	・	無
----------	---	------------	---	---

【お子様の情報】

フリガナ 氏名	
性別	男 ・ 女
服のサイズ (体験中は病院で用意したスクラブを着用して頂きます)	
学校名	
学年/年齢	()年生 / ()歳

※探検ホスピタルに応募した理由をお聞かせください（記入は任意です）
例・・・看護師になりたい、病院に興味がある 等

--

※ 本紙は個人情報保護の観点から探検ホスピタルの募集・管理についてのみ使用するものであり、他の目的には一切使用致しません。

【申込み先】

医療法人財団恵仁会 藤木病院 総務課 担当：中村、井川 宛て
住所：〒930-0261 中新川郡立山町大石原225
TEL：076-463-1301
FAX：076-463-2801

メールにてお申し込みの場合は、上記の内容を全て記載して
メールアドレス soumu@keijinkai-f.or.jp までお送りください

医療法人財団恵仁会 藤木病院