**病院見学申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）氏名 |  |
|  |
| 学校名 |  |
| 住所 |  |
| 連絡先 | 携帯電話　電　話 |
| 希望日時を記載してください |  |
| 希望理由 |  |
| 質問など |  |

* メールにてお申込の方は申込用紙を添付してください
* 見学の可否については、**不可の場合のみご連絡**いたします。

【問合せ・電話での申込】

　　市立旭川病院　看護部　飯野

　　　Ｔｅｌ　　0166-24-3181　 内線2004

　　　Ｆａｘ　 0166-72-4009

　　　Ｅ-mill 　n\_kango@ach.hokkaido.jp