

地域医療魚沼学校オープンホスピタル（病院職場体験）申込書

年 月 日

地域医療魚沼学校長 様

(学校名)
 (代表者) 住 所
 氏 名
 電話番号
 (担当者) 氏 名

下記のとおりオープンホスピタル（病院職場体験）を実施したいので申し込みます。

記

内 容	オープンホスピタル（病院職場体験）	
希 望 日 時	1 日 目	月 日 () 9 時 00 分 ~ 16 時 00 分
	2 日 目	月 日 () 9 時 00 分 ~ 16 時 00 分
	3 日 目	月 日 () 9 時 00 分 ~ 16 時 00 分
希 望 病 院	魚沼市立小出病院	
参加生徒氏名・学年・性別・身長・(希望コース) 氏名にはルビをお願いします。		身長 cm
		身長 cm
		身長 cm
		身長 cm
		身長 cm
		身長 cm
備 考	(実施にあたって特別の要望等がある場合は記入してください。)	

(注意)

- 1 業務の関係上、日時等でご要望に沿えない場合もありますので、あらかじめご了承ください。