

看護学生のための病院見学会申込用紙（5月17日）

フリガナ 氏 名	性別（ ）
生年月日	年 月 日（ ）歳
現住所	〒
連絡先	TEL 自宅・携帯 E-mail 5月7日締切後メールまたは電話で連絡致しますので、必ずご記入下さい。
学校名・学年	



ご参加お待ちしております！

【問合せ先・申込み先】

高松赤十字病院 総務課

〒760-0017 高松市番町4丁目1番3号

TEL : 087-831-7101(代表)

FAX : 087-834-7809

E-mail : kangoshi-saiyo@takamatsu.jrc.or.jp