

送付先FAX:095-837-1230 担当者;小無田

FAX用:和仁会病院 リハビリテーション科 病院見学会申込書

学校名	所属名
氏名	年齢
E-mail	
電話番号	
ご住所	
見学希望日: 月 日 曜日	
交通手段	

※複数名でのご参加の場合はご参加いただく方全員のお名前をご記入ください。

※電話番号は代表の方のみご記入ください。

複数名参加希望-氏名記入欄
1
2
3
4
5
6
7
8
9