

青森県立中央病院見学申込書

申込日： 年 月 日

見学希望先	希望先に○をしてください。		
	薬剤部		臨床工学部
	放射線部		その他希望先 []
	臨床検査部（輸血細部治療部・病理部含む）		
	リハビリテーション科		
ふりがな			性別
氏名			
学校名・学年	（大卒見込・既卒）		
現住所	〒		
電話番号			
携帯電話			
メールアドレス			
出身地			
見学希望日	第1希望日	年 月 日（ ）	
	第2希望日	年 月 日（ ）	
	第3希望日	年 月 日（ ）	
備考			

<留意事項>

- 1 希望先の部署と日程調整のうえ、折り返し連絡いたします。
- 2 持参していただくものは、白衣、名札（学校名や氏名が明記されているもの）、上履きです。
- 3 集合時間は、日程決定後にお知らせします。
- 4 公共交通機関を利用してお越しくください。

【連絡先】

青森県病院局運営部総務課 見学担当

〒030-8553

青森市東造道2-1-1 青森県立中央病院

TEL：017-726-8315

FAX：017-726-8325