山形県・酒田市病院機構　日本海総合病院総務課あて　FAX：0234-26-5114

日本海総合病院
病院説明会参加申込書

申込期限：令和３年３月５日（金）

職　種 （○で囲んでください）	薬剤師・臨床検査技師・診療放射線技師・臨床工学技士 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・管理栄養士	
氏　　名	ふりがな	性　別
生年月日	昭和　・　平成　　年　　月　　日	
現 住 所	〒	
電話番号		
メールアドレス		
学 校 名	学校名	現在　　年
	学部・学科	卒業予定　　年
備　　考		

申し込みについて（※よくお読みください）

① 可能な限りメールでお申込ください。また、お申込の際はメールに参加申込書を添付いただくか、本文に参加申込書と同様の内容を入力し、送信してください。

② 郵送やＦＡＸでお申し込みをする方は案内に記載してある申し込み先まで参加申込書をお送りください。

③ セミナーの様子は写真撮影し、病院ホームページ・広報誌等で使用させていただきますので御承知おきください。万が一同意いただけない場合は、事前に担当まで連絡をお願いします。