

令和6年 月 日

公立みつぎ総合病院長 様

令和6年度 公立みつぎ総合病院高校生医療体験セミナー参加申込書

【申込者】 学 校 名・代表者名： _____ 印

担当者名： _____ TEL: _____ fax: _____ mail: _____

貴院の高校生医療体験セミナーに、下記のとおり申し込みをいたします。

日時：令和6年10月26日（土）10：00～

場所：公立みつぎ総合病院

【参加生徒】

氏 名	フリガナ	学 年	性 別	生年月日	住 所	希望職種	備 考

※申込先 : 公立みつぎ総合病院 総務課 〒722-0393 尾道市御調町市 124 番地 TEL : 0848-76-1111 fax : 0848-76-3002

メールアドレス : mcw124@poppy.ocn.ne.jp

※申込受付期間 : 2024年7月3日（水）9時 ~ 7月8日（月）15時

※人数調整 : 定員（10名）締切後調整有

参加希望者が多数の場合は参加できないことがありますのでご了承ください。

※医療機関のため場合によっては、内容変更や延期又は中止することもあります。