

年 月 日

大阪府済生会野江病院  
院 長 三嶋 理晃 様

### 病院見学申込書

ふりがな 氏 名			
生年月日	年	月	日
性 別	男 ・ 女		
在籍学校名 (卒業学校名)		免許取得 (予定) 年	年 取得予定 ・ 取得
現住所 又は 連絡先	〒 -  電話： - - Mail：		
見学希望日	年	月	日 ( ) : ~
質問事項や重点 的に見学したい 内容等			
お申込み・ お問合せ先	〒536-0001 大阪府大阪市城東区古市1丁目3番25号 社会福祉法人 大阪府済生会野江病院 担当：人事課 電話 06-6932-0401 FAX 06-6932-7977 E-Mail jinji@noe.saiseikai.or.jp		