

長崎県五島中央病院見学申込書

1. 職 種 ()
2. 氏 名 ()
3. 生年月日 (昭和 ・ 平成 年 月 日)
4. 住 所
(〒 TEL)
5. 最終学歴 学校名 ()
学部・学科 ()
在学期間 (年 月 ~ 年 月 卒・卒見込)
6. 資格・免許等
(名称 取得年月日 年 月 日)
(名称 取得年月日 年 月 日)
(名称 取得年月日 年 月 日)
7. 職歴 (学生以外)
(会社名等 在職期間 年 月~ 年 月)
(会社名等 在職期間 年 月~ 年 月)
(会社名等 在職期間 年 月~ 年 月)
8. 見学希望日時
平成 年 月 日 時 分頃~ 月 日 時 分頃
9. 見学希望動機
10. その他 (特技・趣味・学科等)

※必要事項記入後、FAX もしくはメールにて申し込みください。

FAX:0959-72-2881 Mail: kobayashi@gotocyuoh-hospital.jp