


施設見学申込書

| | | |
|--|--------------------------|---------------------|
| 日時 | 第一希望: 年 月 日() 時 分 ~ 時 分 | |
| | 第二希望: 年 月 日() 時 分 ~ 時 分 | |
| 見学目的 | | |
| 見学希望箇所 | | |
| 申込者 | 施設名 | |
| | 担当者名 | |
| | 住所 | |
| | 連絡先 | TEL: FAX: Email: |
| 見学希望者 | | |
| 氏名 | 所属部署・職位 | 職種 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| その他 | | |
|  医療法人 唐虹会 虹と海のホスピタル Rainbow & Sea Hospital | | |
| 企画情報課/広報室 | | |
| 〒847-0031 佐賀県唐津市原842-1 TEL:0955-77-0711 FAX:0955-77-2274 | | |

※ご記入の上、FAXにてお送りください。当院より追ってご連絡差し上げます。