病院見学申込書

医療法人社団浅ノ川

金沢脳神経外科病院

院長　山本信孝　殿

　　　　　　　病院見学をさせていただきたく申込いたします。

　　　　　　尚、貴院で得た情報及び職員や患者さんに関する個人情報は漏洩致しません。

　　　　　　　　　年　　　月　　　日

住　所：

氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　（自署の場合は押印を省略）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

|  |  |
| --- | --- |
| 職　種 |  |
| 見学目的 |  |
| 備　考 |  |

　　　　※今回ご記入頂いた情報は、病院見学申込の目的のみといたします。