

総合病院中津川市民病院見学申込書

平成 年 月 日

(ふりがな)

1. お名前 _____

住 所 〒 _____

生年月日 昭・平 年 月 日生 (才)

(携帯電話)

電話番号 _____

メールアドレス _____

2. 見学希望日 平成 年 月 日 ~ 月 日

3. 特に希望などがありましたら

受付年月日 平成 年 月 日

受付担当者 _____

総合病院 中津川市民病院

〒508-8502 岐阜県中津川市駒場 1522 番地の 1

tel0573-66-1251 fax0573-65-6445

E-mail : nmgh@city.nakatsugawa.gifu.jp

URL http://www.city.nakatsu.gifu.jp/simim_byoin/