

神戸市立神戸アイセンター病院 見学申込書

令和 年 月 日

地方独立行政法人神戸市民病院機構
神戸市立神戸アイセンター病院
院長 栗本 康夫 殿

神戸市立神戸アイセンター病院の見学について以下のとおり申し込みます。

| | | | |
|--------------|------------|-----------------------|--------------|
| ふりがな | | | 性別 |
| 氏名 | | | |
| 学校勤務先 | | | |
| 見学希望日 | 希望年月日（月～金） | | |
| | 第1希望 | 令和 | 年 月 日（～ 月 日） |
| | 第2希望 | 令和 | 年 月 日（～ 月 日） |
| | 宿泊希望 | 有 ^(※1) ・ 無 | |
| 希望する 見学内容 | | | |
| 連絡先 | 〒 | | |
| | 電話番号 | | |
| | メールアドレス | | |

(※1) 遠方からお越しの方には近隣の宿泊施設をご案内しますので、ご希望の場合はお知らせ下さい。尚、宿泊代金の一部（1泊につき2,500円程度）をご負担頂きます。また、宿泊施設が満室の場合は、ご案内できない事もありますので、ご了承下さい。

送付・連絡先

地方独立行政法人神戸市民病院機構
神戸市立神戸アイセンター病院
神戸市中央区港島南町2丁目1-8
TEL : 078-381-9876
E-mail : e_soumu@kcho.jp

事務局使用欄

| 院長 | 副院長 | 診療科長 | 事務局長 | 係長 | 担当 |
|----|-----|------|------|----|----|
| | | | | | |