

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 3,000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	診療部長	事務局長	係長	担当