

神戸市立神戸アイセンター病院 見学・実習申込書

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 平見 恭彦 殿

神戸市立神戸アイセンター病院の見学・実習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		
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）
希望する 内容		
当院の担当者 <small>（調整済の場合はご 記入ください）</small>		
連絡先	〒	
	電話番号	
	メールアドレス	

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