令和元年度病院見学ツアー申込書

茨城県ナースセンター波立　宛

※送付状不要

**郵送　〒310-0034　水戸市緑町3-5-35**

**FAX　029-226-0493**

申込日：令和　元　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 |  | 生年月日  　　　年　　月　　日　　歳 |
| 住所 | 〒 | |
| 連絡先  ※日中連絡がとれるもの | TEL  FAX | |
| 希望日  ※2日間参加も可能 | 第１回　令和元年10月16日（水）　【　　】  　第２回　令和元年10月29日（火）　【　　】  　※希望日に○をしてください | |
| 託児希望  ※10/16のみ託児あり | 有　　　　　　　・　　　　　　　無  氏名：  年齢：  性別： | |
| ブランク期間 | 年　　　　か月ぐらい | |
| その他質問事項等  ※申し込みを確認後電話にて回答いたします |  | |

申し込みを確認いたしましたら、担当者より連絡いたします。