２０　　年　　月　　日

あおあお在宅クリニック院長　宛

**往診同行見学・研修申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 生年月日 | 西暦　　　年　　　月　　　日　（　　　）歳　　男　・　女 |
| 住所 | 〒　　　　－　　　　　　　 |
| 連絡先 | 携帯電話番号 | 　 |
| メールアドレス | 　 |
| 所属 | 勤務先 | 　 |
| 職種・配属 | 　 |
| 見学希望日時 |  |
| 第一希望 |  20　　年　　月　　日 （　　曜日） |
| 第二希望 |  20　　年　　月　　日 （　　曜日） |
| 第三希望 |  20　　年　　月　　日 （　　曜日） |
| 交通手段 | 　□ 自家用車　　　□ 電車・バス等 |
| 研修動機（きっかけ） |  |
|
|
|
| 研修目的（見たいものなど） |  |
|
|
|
| その他ご要望など |  |
|
|
|

※　上記に記入漏れがないことをご確認の上、E-mailまたはFaxにてお申込ください。

　〒520-3025　栗東市中沢2-11-10

 TEL：077-599-3070 FAX：077-599-3074 E-mail：contact.awoawo@gmail.com