　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