

新須磨病院大見学会申し込み FAX 専用用紙

FAX 番号：078-735-0721

新須磨病院 総務課 森川行

* 下記に必要事項をご記入いただき、この用紙を上記番号まで FAX ください

メールや電話でお申し込みされる方は、以下の内容をお知らせください

今回提出いただいた個人情報については、採用業務に限り、使用いたします

お名前	(年齢：)
ご連絡先	<input type="checkbox"/> お電話・FAX 番号： <input type="checkbox"/> ご住所： <input type="checkbox"/> メールアドレス： *当日のお知らせをいたしますので、いずれかをお書きください
ご所属	<input type="checkbox"/> 学校： <input type="checkbox"/> 勤務先： <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語療法士 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 看護助手 <input type="checkbox"/> その他 () *可能な範囲で結構です
その他	ご質問等あればお知らせください

申し込み締め切り：7月26日(金)