

このままFAXできます

藤木病院宛て FAX番号 076-463-2801

『探検ホスピタル』申込み用紙

下記の通り2017年8月23日開催の「探検ホスピタル」への参加を申し込みます。

応募日：2017年 月 日

保護者氏名 ※必須		印
住所 ※必須		
緊急連絡先 ※必須		
メールアドレス (お持ちの方)		

※参加されるすべてのお子様、実際に体験していただくために、事前に体験したい内容を①、②のどちらからかお選び下さい。

① { 高気圧酸素タンクに入ってみよう 内視鏡をのぞいてみよう	①、② いずれかの番号に ○をつけてください
② { 電気メスで切ってみよう 縫合をやってみよう	

※参加人数によってはご希望に添えない場合がございますので、ご了承の程お願い致します。

※お子様のおやつを準備いたしますので、アレルギーの有無をご記入ください。

アレルギーの有無	有 (何アレルギー)	・ 無
----------	------------	-----

【お子様の情報】

氏名 (フリガナ)	
性別	男 ・ 女
服のサイズ (体験中は病院で用意したスクラブを着用して頂きます)	
学校名	
学年/年齢	()年生 / ()歳

※ 本紙は個人情報保護の観点から探検ホスピタルの募集・管理についてのみ使用するものであり、他の目的には一切使用致しません。

【申込み先】

医療法人財団恵仁会 藤木病院 総務課 担当：野々上、井川 宛て
住所：〒930-0261 中新川郡立山町大石原225
TEL：076-463-1301
FAX：076-463-2801

メールにてお申し込みの場合は、上記の内容を全て記載して
メールアドレス soumu@keijinkai-f.or.jp までお送りください

医療法人財団恵仁会 藤木病院