

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2023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：2023年 月 日

フリガナ 保護者氏名	
住 所	
緊急連絡先	
メールアドレス	

※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 { 全てのアレルギーをご記入ください } 無
----------	--

【お子様の情報】

フリガナ 氏 名	
性 別	男 ・ 女
服のサイズ <small>(体験中は病院で用意したユニフォームを着用して頂きます)</small>	
学校名	
学年/年齢	()年生 / ()歳

※探検ホスピタルに応募した理由をお聞かせください（記入は任意です）

例・・・看護師になりたい、病院に興味がある 等

--

※ 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いたしません。

※ 参加者の方には、新型コロナウイルス感染防止のための問診票に、健康状態等の必要事項をご記入の上、提出をお願いすることになりますので予めご了承下さい。

【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・灰田 宛

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@kejinkai-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