**大館市立総合病院施設見学申込書**

**学校名**

**学校住所**

**電話番号　　　　-　　　-**

**FAX　　　　　　-　　　-**

**担当者名**

**見学希望日時**

**（土日、祝日及び年末年始の休日を除いてください。）**

**※都合により見学日を調整させていただく場合があります。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **参加者氏名** | **学部学科・学年** | **性　別** |
|  |  | **男・女** |
|  |  | **男・女** |
|  |  | **男・女** |
|  |  | **男・女** |
|  |  | **男・女** |

**申込月日　　　　　　年　　月　　日**

**連絡先：大館市立総合病院　総務課総務係**

**住所：秋田県大館市豊町3－1**

**代表（0186－42－5370）**

**FAX（0186－42－2055）**