

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)