

ふれあい看護体験申し込み書

①参加希望日 7月27日（月）

参加希望者氏名	連絡先住所	電話番号
	〒	
	〒	
	〒	

②参加希望日 8月3日（月）

参加希望者氏名	連絡先住所	電話番号
	〒	
	〒	
	〒	

③参加希望日 8月17日（月）

参加希望者氏名	連絡先住所	電話番号
	〒	
	〒	
	〒	

④参加希望日 8月24日（月）

参加希望者氏名	連絡先住所	電話番号
	〒	
	〒	
	〒	

申し込み先

郵送の場合 〒238-0115 三浦市初声高円坊1040-2 福井記念病院 遠藤学宛

FAXの場合 046-888-2149