

医療法人社団平成会 施設見学申込書

施設見学をご希望の方は、以下の必要事項をご記入のうえ、F A Xにてお申込み下さい。

(電話・メールでも受付致します)

日程調整の上、担当者よりご連絡させていただきます。

見学希望日 (希望日をご記入の上、午前・午後・どちらでも可のいずれかに○印を付けて下さい)	
第一希望日 :	年 月 日 ( ) 午前 ・ 午後 ・ どちらでも可
第二希望日 :	年 月 日 ( ) 午前 ・ 午後 ・ どちらでも可
第三希望日 :	年 月 日 ( ) 午前 ・ 午後 ・ どちらでも可
希望エリア (複数選択可/該当する区分に☑してください) *希望施設があれば記載下さい	
<input type="checkbox"/> 福島県会津エリア	( )
<input type="checkbox"/> 福島県郡山エリア	( )
<input type="checkbox"/> 神奈川県厚木エリア	( )
<input type="checkbox"/> 宮城県仙台エリア	( )

見学希望される方			
ふりがな		性別	男・女
氏名			
現住所	〒 - - TEL - -		
E-mail アドレス			
学歴区分	該当する区分に☑してください <input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 短大 <input type="checkbox"/> 高専 <input type="checkbox"/> 専修 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> その他 (		
学校名	〔 研究科 専攻 学部 学科 〕		
卒業年次	該当する区分に☑してください <input type="checkbox"/> 2021年3月卒業見込 <input type="checkbox"/> 2022年以降卒業見込 <input type="checkbox"/> その他 (		
免許・資格	(取得見込み含)		

その他 (ご質問・お問合せ・自己PRなどあればご記入下さい)


