

平成 年 月 日

医療法人新光会 不知火病院  
 院長 徳永 雄一郎 宛

## 見学申込書

日 時	平成 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分		
申込者	団体名・個人名	病院(会社)名	
		代表者氏名 <span style="float: right;">印</span>	
	(住所)		
	TEL - - :FAX - - :Email		
見学の 具体的な目的			
申込までの経緯		マス・メディア: 新聞・テレビ・雑誌・Homepage・その他( )	
		紹介者 氏名: (団体名 )	
見学希望者			
氏 名	職 位(所属部署)	職 種	
特記事項			
<p>※ 当院は、治療を最優先いたしますので、人数および内容に制限をさせていただく場合があります。</p> <p>※ 見学日は特記事項の欄に第2、第3希望までご記入下さい。時間は原則、午後からとなります。</p> <p>※ 必要事項をお書き込みの上、FAXにてお申込ください。</p>			
<p>医療法人新光会 不知火病院 担当:総務課(江口)</p> <p>〒836-0004 福岡県大牟田市大字手鎌1800番地 (Tel)0944-55-2000 (Fax)0944-51-4005</p>			