

病院見学お申込みフォーム

こちらにご記入し、FAXまたはご郵送ください。後日こちらから連絡致します。

★見学について

見学希望日	年	月	日						
使用交通機関	J R	・	バス	・	バイク	・	車	・	その他

★見学される方について

応募職種 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 看護補助者
氏名	ふりがな：
	漢字：
生年月日	年 月 日 (歳)
性別 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
現住所	〒
電話番号	自宅：
	携帯：
その他・質問等	

★連絡を希望される曜日・時間帯等のご要望がありましたらご記入ください。

--

※記入頂いた個人情報は、医療法人達磨会東加古川病院にて厳重に管理し、当法人の求人目的以外の使用は致しません。

医療法人 達磨会 東加古川病院 FAX番号：(079) 425-2255
〒675-0101 兵庫県加古川市平岡町新在家 1197-3