

小田原市立病院 外科手術体験セミナー 応募申込書

必要事項をご記入の上、下記申込書送付先まで、メールまたはファクスにてご送付下さい。

申込み多数の場合は、抽選とさせていただきます。参加確定者には、後日、確定のご連絡をさせていただきますので、必ず連絡先のご記入をお願いいたします。記載に不備があった場合や記載が不明瞭の場合は、申込みの受付ができないことがあります。

1 参加者氏名

2 参加者氏名ふりがな

3 学校名

4 学年

5 性別

6 住所

7 電話番号

8 FAX番号(ある方のみ)

9 メールアドレス

8 保護者参加者 名

保護者同伴でご参加をお願いします。

【申込先・問合せ先】

小田原市立病院 経営管理課

TEL:34-3175 (受付時間: 平日(土日祝日除く) 9時~17時)

FAX:34-3179

E-Mail:ke-byokei@city.odawara.kanagawa.jp