**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