

病院視察研修申込書

医療法人社団 熊本丸田会
熊本リハビリテーション病院
病院長 古閑 博明 殿

(様式1)

貴施設での視察研修を下記のとおり申込致します

| | | | |
|-----------------------------------|------|------|--|
| 病院名 | | | |
| 所在地 | | | |
| 担当者名 | | | |
| 電話 | | FAX | |
| 施設特徴 < 概要添付 > | | | |
| 訪問日時(所要時間)平成 年 月 日 曜日 時 分から (時間) | | | |
| 訪問者 | | | |
| 【職種】 | 【役職】 | 【氏名】 | |
| | | | |
| 目的と希望 | | | |
| | | | |

資料提供は紙ベースのみと致します。

熊本リハビリテーション病院
電話 096-232-3111
FAX 096-232-3119
担当 事務長 白石清隆