

「病院見学会及び奨学金制度説明会 申込用紙」

お申込み先            **F A X   0 2 5 6 - 7 2 - 8 5 8 8**

問合せ先              新潟西蒲メディカルセンター病院  
                             TEL   0 2 5 6 - 7 2 - 3 1 1 1  
                             人事担当者 阿部時子

参加者氏名 \_\_\_\_\_

学 校 名 \_\_\_\_\_

学 年 \_\_\_\_\_

ご参加希望日に○印

白根大通病院	平成 23 年 12 月 18 日 (日)	
	平成 24 年 1 月 15 日 (日)	
	平成 24 年 2 月 19 日 (日)	
	平成 24 年 3 月 18 日 (日)	
新潟西蒲メディカル センター病院	平成 23 年 12 月 25 日 (日)	
	平成 24 年 1 月 22 日 (日)	
	平成 24 年 2 月 26 日 (日)	
	平成 24 年 3 月 25 日 (日)	
ご要望がございましたらご記入ください。		

\* 上記日程以外をご希望の方はご連絡ください。