

中学生・高校生「病院体験」 申込書

(お申し込み先)

藤井脳神経外科病院 総務課

〒329-1105

栃木県宇都宮市中岡本町 461-1

TEL：028-673-6211 担当：海老澤 月火木金 9 時～16 時、水土 9 時～12 時

FAX：028-673-5972

メールアドレス fujiihp@apricot.ocn.ne.jp

※下記の必要事項を記入して、上記申し込み先まで FAX、メール又は電話でお申し込みください。申し込み確認後、こちらよりご連絡いたします。

申込締切 7 月 31 日（金）

ふりがな 氏 名	
生 年 月 日	西暦 年 月 日（ 歳）
住 所	
学 校 名 ・ 学 年	学校 年
保 護 者 氏 名	
保 護 者 連 絡 先	
保護者 E-mail	
緊 急 連 絡 先 (保護者携帯番号等)	
希 望 日	8 月 18 日（火） ・ 8 月 25 日（火）