

# 見学・実習利用申込書

医療法人 尚武会 小松整形外科スポーツクリニック 院長 殿

|        |                             |       |       |
|--------|-----------------------------|-------|-------|
| 施設名    |                             |       |       |
| 部署名    |                             | 責任者名  | (印)   |
| 住所     | 〒 -                         |       |       |
| TEL    |                             | FAX   |       |
| E-mail | @                           |       |       |
| 目的     | <input type="checkbox"/> 見学 | 詳細 :  |       |
|        | <input type="checkbox"/> 実習 | 詳細 :  |       |
|        |                             |       |       |
| 希望日時   | 1.                          | 年 月 日 | : ~ : |
|        | 2.                          | 年 月 日 | : ~ : |
|        | 3.                          | 年 月 日 | : ~ : |
| 来院者数   | 人                           |       |       |

年 月 日

氏 名 : (印)

〈提出・問い合わせ先〉

医療法人 尚武会 小松整形外科スポーツクリニック

TEL : 017-763-5917 FAX : 017-763-5918 E-mail : komatsuseikeiclinic@gmail.com