**令和6年（2024）年度就職希望者**

**国立病院機構 福岡病院　病院見学会 申込書**

必要事項をご記入の上、下記のアドレスに送付してください。

**Ｅmail**kai.michiko.pk@mail.hosp.go.jp**福岡病院副看護部長　甲斐**

**申し込み期間　令和５（２０２3）年3月22日（水）～4月7日（金）17：00**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　名 | 年齢　　　歳 |
| 所属 | 学校名または現在の職場名（学生の方は学年も記入）　　（　第　　　学年　） |
| 連絡先 | 携帯電話番号（確認が必要な場合のみ使用いたします） |
| 希望日程 | 見学日は、5月13日（土）5月20日（土）見学時間は13：30～15：30程度とさせて頂きます。希望日に〇をつけて下さい。どちらでもよい場合はそれに〇をして頂けると幸いです。参加者の人数等により調整させて頂きます。**第１希望　　　　（　　　　　）****第２希望　　　　（　　　　　）****どちらでもよい　（　　　　　）** |
| 備　考 | 氏名・所属は、必ずご記入願います。ご一緒に来られる方も1人1枚でお申し込み下さい。宜しければ、以下もご記入ください。☆その他ご希望、ご要望等あればお書きください |