

病院見学申込書



大分県厚生連 鶴見病院

ふりがな 氏名	
住所	〒
学校名	
電話番号	
見学希望日時	月 日 () 曜日 時 分

※ 申込みは FAX、郵送または下記の E-mail に必要事項を入力して送信にてお願いいたします。

① 見学希望日は月曜日～金曜日でお願いいたします。

申込先：〒874-8585

大分県別府市大字鶴見 4333 番地

大分県厚生農業協同組合連合会

統括管理室人事課

TEL 0977-23-7467

FAX 0977-23-7493

E-mail:hiroki.eto@oita-koseiren.com