

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に必要事項を記載し送信して下さい。

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 担当 吉田

TEL 0977-23-7467

FAX 0977-23-7493

E-mail: jinji@oita-koseiren.com