

埼玉精神神経センター 病院見学申込書

弊院の病院見学を希望される方は、見学希望日の10日前までに下記の事項をご記入の上、こちらの用紙をMAILに添付して送信してください。
 受信後に確認メールをお送りいたします。
 ご記入いただいた情報は見学とご連絡のためだけに利用いたします。

氏名			
フリガナ			
生年月日（年齢）・性別	年	月	日（ 歳） <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
現住所	〒		
携帯番号			
メールアドレス			
学校名 （在学中・卒業）			
卒業（見込）年月			
現在の勤務先			
見学希望部署 （病棟・外来）	※希望診療科があれば、ご記入ください。		
見学希望日 （日曜・祝日以外）	※希望日を3日間ほど、ご提示ください。開始時間は10時となります。		
その他の要望や意見			

MAIL sni-jinji@saitama-ni.com

この件に関する照会先 TEL 048-840-5858（人事課）