

看護学生のための病院説明会申込用紙

フリガナ 氏 名	性別 ()
生年月日	年 月 日 () 歳
現住所	〒
連絡先	TEL 自宅・携帯 E-mail 応募締切後メールで連絡いたしますので、必ずご記入下さい
学校名・学年	
聞いてみたいこと	

高松赤十字病院 看護部

〒760-0017 高松市番町4丁目1番3号

TEL : 087-831-7101(代表) 看護部

E-mail : kango@takamatsu.jrc.or.jp

