

病院見学 依頼書

令和 年 月 日

公益財団法人星総合病院
理事長 星 北斗 様

ふりがな 代表者氏名				(男・女)
参加人数		学年		年生
現住所	住所 〒 TEL e-mail			
連絡先	住所 〒 TEL e-mail 担当者名			
希望日時 (第一希望・ 第二希望)	令和	年	月	日 () 時間帯 : ~ :
	令和	年	月	日 () 時間帯 : ~ :
希望職種				
希望内容 (出来るだけ 具体的に書いて ください)				