

医療法人社団 圭泉会
旭川圭泉会病院 見学希望申請

氏名	フリガナ	性別		年齢	
					歳
現住所	〒	TEL	-	-	
		Mail	@		
本籍	〒				
所属	学生もしくは研修医 (大学・研修先病院)	卒業大学		研修先	
	勤務医の方 (勤務病院を記載)				
希望日程	月 日 時 ~ 月 日 時まで				
希望欄	来院の際に特に興味のある事、質問事項をお聞かせ下さい				
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>					

※ 上記申請書記載の上、下記連絡先までメール添付もしくは郵送でご連絡下さい。

〒078-8208 旭川市東旭川町下兵村252番地

医療法人社団圭泉会 旭川圭泉会病院 法人本部企画課 藪下淳 宛て

直通 (0166) 36-7676 E-mail soumubu@keisenkai.or.jp

当院からはまずはメールにてご連絡致します

※ 日程については当院の都合で変更させていただく場合もあります。その際には改めてご連絡致します。

※ 見学時の交通費に関しては入職後にお支払い致します。

※ その他、事前に質問などあれば何なりとお申し付け下さい。

<病院見学へのご質問・ご相談は>
 医療法人社団圭泉会 旭川圭泉会病院
 法人本部企画課 藪下 淳
 直通 (0166) 36-7676
 E-Mail : soumubu@keisenkai.or.jp