

<申込先>FAX：086-421-3424

申込日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

公益財団法人  
大原記念倉敷中央医療機構  
倉敷中央病院  
院長殿

学校名 \_\_\_\_\_

学校代表者名 \_\_\_\_\_ ⑩

## 倉敷中央病院 歯科 見学申込書

下記のとおり貴院での見学を申請します。

記

学校 学科名	
氏名、学年	
希望日時	※土曜日・日曜日・祝日は見学を行っておりません。 年 月 日 ( 曜日) a) 午前 10:00 ~ 12:00 b) 午後 13:30 ~ 15:30 上記のいずれかに○印をしてください。
備考	
連絡先	※複数名申込みの場合は代表者の連絡先をご記入ください。

※ 都合により変更させていただく場合もありますのでご了承ください。

以上

<申込先>

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構  
倉敷中央病院 歯科

FAX：086-421-3424

TEL：086-422-0210