

第12回オープンホスピタル申込用紙

下記よりご希望をお選びのうえ、丸で囲んでください。必要事項をご記入ください。

申込はFAXもしくはメール(PDF添付)で承ります。

1 会場参加希望

*学校により割り当て人数がございます。割り当てを上回る場合は事前にご相談ください。

氏名	ふりがな	学年	希望職種

計 _____ 名

2 WEB 参加希望

*ZOOM 視聴となります。容量の都合上、学校単位でお申込みください

予定人数	名	内訳 : 1 年生	名	2 年生	名	3 年生	名
配信先アドレス							
@							
希望職種(複数回答可能)							
修了証の希望の有無		修了証の発行を希望する(枚)				希望しない	

◇ご担当者様情報◇

*必ずご記入ください。

学校名	(住所)
ご担当者名	
電話番号	(都合のよい時間帯 時頃)

<申込先>

●FAXの方(代表) 0257-24-9812 (宛先:国立病院機構新潟病院 療育指導室 木明)

●メール(PDF添付)の方

◇ 会場参加希望の方 225-ryouikusidoucyou@mail.hosp.go.jp (療育指導室長あて)

◇ WEB 参加希望の方 225-kanrikacyou@mail.hosp.go.jp (管理課長あて)

<締切り> 令和5年6月26日(月)

<問合せ先> 国立病院機構新潟病院 療育指導室長 木明 (代表 0257-22-2126)