

本票含め2枚です

この度は電話でのお問い合わせありがとうございました。

申し込み用紙をFAXいたしました。
ご記入後 下記FAX番号までご送信下さい。

函館おしま病院

FAX番号 56-2316

後ほど、受講票をお送りいたします。

ご不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。

函館おしま病院 電話0138-56-2308 ボランティア担当

「函館おしま病院 講習会」 受講申込書

(太線枠内の入力をお願いします)

申し込み年月日	令和 年 月 日			
受講者氏名	(ふりがな)	性 別	年 齢	区分
	⑩	男・女	歳	ボランティア応募予定
ご 連 絡 先	住 所		連絡先電話番号	
	〒 —		— — (自宅・携帯・勤務先 [])	
備 考				
病院記入欄		受 付 番 号	担 当 者	
受付年月日：令和 年 月 日				

※ご提供頂きました個人情報は、当講習会受講申し込み確認と連絡のために使用いたします。個人情報は、第三者に開示・提供することはありません。また、個人情報保護方針に基づき、安全かつ適切に管理いたします。