

見学申込み書

事業所名	
------	--

申込代表者	部署	氏名
連絡先	TEL	FAX
	E-mail	

見学希望日	①	②	③
-------	---	---	---

※見学は月・火・木曜日のみ受け付けております。

見学予定者	職種	役職	氏名

※1回の見学につき2~3名に限ります。

見学の目的
見学の時に見てみたいこと
ご質問やご相談があればご記入ください。

※見学の際はお写真を撮らせていただき、事業所名、お名前と一緒に
当院HPやSNSに掲載させていただく事があります。

医療法人双樹会 よしき往診クリニック
〒615-8262 京都市西京区山田四ノ坪町12-2
TEL 075-381-2220 FAX 075-320-2081
E-mail info@yoc.co.jp