

## 宮崎県立3病院見学ツアー(医学生向け)参加申込書

フリガナ		TEL	
氏 名		E-Mail	
	※申込後の連絡に使用しますので、必ず御記入ください。		
住 所	〒            ー		
出身都道府県		出身高校名	
出身(在籍)大学名		学 年	
御要望等			
	※食事の御提供がありますので、アレルギー等がある場合は必ず御記入ください。		

※個人情報については「個人情報保護法」に従い適正な管理を行うとともに、個人情報の保護を厳守します。

**お申込先 宮崎県病院局 経営管理課 担当:井上 宛**  
宛先: 〒880-8501 宮崎県宮崎市橘通東1丁目9番18号  
E-MAIL: keieikanri-hp@pref.miyazaki.lg.jp  
TEL: 0985-26-7080    FAX: 0985-26-7341