

《嶋田病院 医療ソーシャルワーカー就職説明会 申込みフォーム》

(フリガナ) お名前	
ご住所	
電話番号 (連絡先)	(自宅) (携帯)
メールアドレス (連絡先)	(PC) (携帯)
大学名・学科名	
その他 (当日聞きたい事、 ご要望などありましたらご自由にお 書き下さい。)	

※ 申込み受付後、受付確認メールを送信しますので、PCもしくは携帯のメールアドレスを必ず記入していただくようお願い致します。

※ 個人情報になりますので、ご記入いただいた内容は外部には漏らしません。採用活動の目的以外には使用致しません。

FAX送信先	嶋田病院 地域連携情報サービス室 FAX番号：0776-30-8833 (直通)
郵送先	〒910-0855 福井市西方1丁目2-11 医療法人健康会 嶋田病院 地域連携情報サービス室 宛

なお、説明会等について、お問い合わせ等ありましたら、

嶋田病院 地域連携情報サービス室 担当：堀田、前川 までご連絡下さい。

TEL：0776-30-8822 (直通)