山口大学医学部附属病院　臨床研究センター行 （別紙４）

ＦＡＸ：0836-22-2663

メール：ychiken@yamaguchi-u.ac.jp

第10回　病院見学ツアー

**参加申込書**

**企業名**：

**住 所**：〒

＊参加者の氏名、所属・職名、白衣サイズ、連絡先（ダイヤルイン）をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　 | 所属・職名 | 白衣サイズ＊ | 連絡先 |
| 男・女 |  | M・L・２L・３L不要（持参） | TEL：E-mail： |
| 男・女 |  | M・L・２L・３L不要（持参） | TEL：E-mail： |

　＊＊白衣を準備させていただく関係上、ご希望のサイズ（持参される場合は「不要」）に○を

お願いいたします。

今回の病院見学ツアーに際し、「これを見たい」「これを聞きたい」等がございましたら、ご記載

ください（ご要望にお応えすることが難しい場合もあることをご了承ください）。

参加を希望される方は、本紙を12月13日（金）までにご送付ください。