

令和3年 月 日

ながさき医師募集説明会 参加申込書

(兼 FAX 送信票)

ながさき地域医療人材支援センター 宛て

FAX 番号 **095-819-7379**

下記のとおり説明会への参加を申込みます。

参加希望日	9/11 (土) 10/17 (日) ※いずれかに○をしてください
希望時間 (希望枠内の前半後半でご連絡いたします)	13～14 時 14～15 時 15～16 時 16～17 時 ※いずれかに○をしてください
氏名 (ふりがな)	
年齢	
住所 (市区町村までの記入で結構です)	〒
緊急連絡先 (当日の緊急連絡のための電話番号)	
メールアドレス	
特記事項 (事前にお尋ねしたいことなど)	