

【送信先】  
医療法人・貝塚病院  
経営企画室 石田 宛  
FAX 092-632-2230

申込日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

## 病院マネジメント研修受講申込書

申込人

ふりがな			
氏名			
年・齢	歳	性別	男・……………女
生年月日	昭和 ・ 平成	年	月 日
電話番号 (勤務先でも可)			
Email			

勤務先

勤務先名	
住所	〒
電話番号	
部署名	
職種	