

応募申込書

ふりがな		生年月日 年 月 日
氏名		
学校名 または 勤務先		年 月 卒業見込 就業中 年 月 退職
住所	〒	
電話番号	() ※日中に連絡の取れる番号を記載してください。	

説明会	希望日に <input type="radio"/> 印 をつけてください。					
	4月	7日	(土)	9:30~12:00	江南厚生病院	講堂
	5月	19日	(土)	9:30~12:00	江南厚生病院	講堂
	6月	16日	(土)	9:30~12:00	江南厚生病院	講堂
	7月	20日	(金)	9:30~12:00	江南厚生病院	講堂
	8月	4日	(土)	9:30~12:00	江南厚生病院	講堂
	8月	31日	(金)	9:30~12:00	江南厚生病院	講堂

選考会	希望日に <input type="radio"/> 印 をつけてください。					
	7月	27日	(金)	9:30~17:00	江南厚生病院	講堂
	8月	17日	(金)	9:30~17:00	江南厚生病院	講堂

※ 上記日程でご都合の悪い方は個別に対応させていただきますのでご連絡ください。



ご連絡先 : 〒483-8704 愛知県江南市高屋町大松原 137 番地
 愛知県厚生農業協同組合連合会 江南厚生病院
 事務局 千田 宛
 TEL(0587)51-3332 ※看護管理室直通番号