

見学・訪問カード

愛知県厚生農業協同組合連合会 足助病院

訪問日	平成 年 月 日		
ふりがな			
氏名	(姓)		(名)
職種			
学校名	※学部・学科(専攻)等までご記入下さい		
卒業(予定)年月	平成 年 月 日		
現住所	〒	—	TEL — —
休暇中連絡先	〒	—	TEL — —
メールアドレス(PC用)	@		
メールアドレス(携帯用)	@		
携帯電話	— —		

※見学・訪問カードにご記入いただきました個人情報は、愛知県厚生連個人情報保護方針に基づき適切な管理・利用と保護に努めます。