

2022 年度
明海大学歯学部附属明海大学病院
歯科医師臨床研修
施設見学・説明会参加申込書

日 時 : 2021 年 7 月 10 日 (土) 13:00~

場 所 : 明海大学病院 2F 第 29 診療室ミーティングルーム

年 月 日

ふりがな	
参加者氏名	
出身あるいは 在籍大学名	
現住所	〒
電話番号	
携帯電話番号	
どちらかにチェック してください。	<input type="checkbox"/> 施設見学を希望する <input type="checkbox"/> 施設見学を希望しない

申込書提出先 〒350-0283
および
問合せ先 埼玉県坂戸市けやき台1番1号
明海大学歯学部附属明海大学病院
病院事務課 臨床研修係
TEL 049-279-2729
FAX 049-285-6036

■ 個人情報の取り扱いについて

本病院は、個人情報を適切な安全対策のもと管理し、漏洩などの防止に努めます。また、法令などに基づき開示する場合を除き、ご本人の同意なく開示・提供は致しません。

明海大学