

2025 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 : 2024 年 7 月 13 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	〒
携帯電話番号	
E-mail アドレス	
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 埼玉県坂戸市けやき台1番1号  
問合せ先 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