

職業体験

のお知らせ

当院では下記の日程で職業体験を受け入れます。

日時 ____月 ____日（ ____曜日）

： ～
： ～

____ 中学校 ____ 年生

____ 名

ご協力を
お願いします



医院名 _____

院長名 _____