

# 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 \_\_\_\_\_