

埼玉医科大学病院 宿泊施設 申込書

※□印の欄は何れかの方法にてご対応下さい。「該当する項目を■に塗りつぶす」、「該当しない項目を削除する」

氏名	フリガナ	性別	生年月日
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日生 <small>□昭和 □平成</small>
大学名・学年 <small>または 勤務先病院名</small>	年生		
住所	〒		
メールアドレス	@	(アンダーバー) と - (ハイフン)、0 (ゼロ) と O (オー) 等、わかり 難い記号、字にはコメントをお願いします。	
電話			
携帯電話			
保護者氏名 <small>(連絡先・実家等)</small>			続柄
保護者住所 <small>(連絡先・実家等)</small>	〒		
保護者電話 <small>(連絡先・実家等)</small>			
宿泊施設利用希望	宿泊日及びチェックイン・アウト希 望を記入して下さい。	IN	年 月 日 時～ OUT 年 月 日 時迄
※注意事項 バスタオル、洗面用具、シャンプー、石鹸等の用意はしてありません。 あらかじめご用意ください。 採用試験等でご使用の場合は当施設の利用料金は無料といたします。 ただし、当施設の破損等があった場合は請求させて頂くこともありますので、 あらかじめご了承ください。			
※設 備 ユニットバス、机椅子、冷蔵庫、エアコン完備 ベット及び寝具類は備えてあります。 その他、施設1階にコインランドリー、自販機コーナー設置			