必要事項を記入の上、宮城県立病院機構本部事務局　総務管理グループ担当宛に、

E-mail（honbu-somu@miyagi-pho.jp）でお申込みください。

**宮城県立精神医療センター 看護師病院見学会・説明会申込書**

記入日（令和　　　年　　　月　　　日）

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 住　所 | （〒　　　－　　　　） |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 所属学校 | （　　　年生） |
| 卒業予定 | 令和　　　年　　月　　卒業　・　卒業予定 |
| 当日聞きたい話・質問したいこと |  |

※　申込者の個人情報は、説明会の実施及び看護師募集に必要な業務に限って利用させていただきますので、ご了承願います。

**申込期限：令和７年７月２２日（火）**