

近畿大学奈良病院 オンライン見学会

専用申込フォーム

お名前	必須	
フリガナ	必須	
郵便番号	必須	
ご住所	必須	
お電話番号	必須	
メールアドレス	必須	
生年月日	必須	年 月 日
性別		
学校名	必須	
学年または卒業年度	必須	
希望診療科	必須	
お問い合わせ内容・ご質問		
希望日	必須	第1希望 月 日 () 時 分
※曜日は月～金		第2希望 月 日 () 時 分
※時間は14:30～17:00の間		第3希望 月 日 () 時 分
※所要時間30分程度		

近畿大学奈良病院 総務課 庶務係
FAX:0743-77-0890
MAIL:narasoumu@med.kindai.ac.jp