

佐賀中部病院ギャラリーストリート 利用申込書

名前			年齢 歳
住所	〒		
電話番号		FAX 番号	
携帯電話番号		e-mail アドレス	
応募作品			
	※作品についてひとこと		
展示期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
<p>・独立行政法人地域医療機能推進機構佐賀中部病院 ホスピタルストリート利用規約を守り、上記のとおり申し込みます。 万が一不都合な行為がありました場合、一切当方が責任を負います。</p> <p>令和 年 月 日 佐賀中部病院長 御中</p> <p style="text-align: right;">自署 印</p>			

独立行政法人地域医療機能推進機構佐賀中病院
849-8522 佐賀市兵庫南3丁目8-1
TEL : 0952-28-5311 FAX : 0952-29-4009
担当 総務企画課(総務企画)