

(申込年月日)

令和元年

月

日

令和元年度 県内病院就職ガイダンスの開催について

施設名		
担当者	(役職名)	(氏名)
	(TEL)	(FAX)
	(メールアドレス)	

1	県内病院就職ガイダンス参加・不参加について <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。
	<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加

参加希望
施設のみ
2をご記入
ください

2	参加施設のみ、実施内容に <input checked="" type="checkbox"/> を入れ必要事項をご記入ください。 ※ 複数実施する場合は、実施するもの全てにチェックを入れてください。				
	<input type="checkbox"/>	①プレゼンテーションによる施設紹介	→ A (①発表者) を記入		
	<input type="checkbox"/>	②個別面談・相談	→ A (②面談・相談担当者) を記入		
	<input type="checkbox"/>	③ポスター・チラシ等の展示	→ B を記入		
	A ①発表者名、②面談・相談担当者名をご記入ください。				
		①プレゼン発表者 (2人まで)	職 位	氏 名	
		②面談・相談担当者 (3人まで)			
B 展示物をご記入ください。展示物に <input checked="" type="checkbox"/> を入れ詳細をご記入ください。					
	掲示物	有	サイズ	枚数	備考
	(例) ポスター	<input checked="" type="checkbox"/>	A3	1	
	ポスター	<input type="checkbox"/>			
	チラシ	<input type="checkbox"/>			
	パソコン等電源が必要なもの	<input type="checkbox"/>			
	その他	<input type="checkbox"/>			

* プレゼンテーションの順番は申込順となります。詳細につきましては、後日ご連絡いたします。

申込期日 令和元年 11 月 8 日 (金) 必着