



# 函館中央病院『病院モニター』応募用紙

1	ふりがな 氏名		男・女
2	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生( 歳)	
3	住所	(〒 - )	
4	自宅・携帯・勤務先	電話 ( )	
	E-mail		
5	職業 該当に○をして 下さい	1)自営業 2)会社員 3)公務員 4)学生 5)専業主婦 6)アルバイト・パート 7)その他( ) 勤務先名( )	
6	家族構成 該当に○をして 下さい	1)配偶者 2)子 3)父母 4)祖父母 5)孫 6)兄弟姉妹 7)その他( ) 父母・兄弟姉妹はいずれかの該当で可	
7	当院を受診されたことがありますか。		はい・いいえ
	1)年に数度は通院する 2)以前かかったことがある 3)家族がかかったことがある		
8	かかりつけの医療機関がありますか。		はい・いいえ
	(医療機関名: ) 差し支えなければご記入ください		
9	ご応募くださった動機をお書きください。		
10	病院(医療)について、関心のあることをお書きください。		

応募者の個人情報については、本院の病院モニターの採用目的にのみ使用し、他の目的には一切使用いたしません。

【お問合せ先】 〒040-8585 函館市本町33番2号 函館中央病院 企画課 (担当:水島・杉田)  
TEL 0138-52-1231(代表) FAX 0138-54-7520  
Eメール kikaku@hakochu-hp.gr.jp