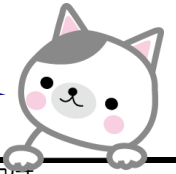


3年生
用

高校生 1日看護師体験 体験申込書

記入していただいた情報は、今後の企画案内に使用いたします。
それ以外の目的で使用することはありません。



記入日 2017年 月 日

フリガナ				性別	男 ・ 女	千秋病院の企画への参加は…
氏名						初めて ・ 回目
生年月日	年	月	日	学校	高校 年	
住所 〒				服のサイズ	S ・ M ・ L ・ LL ※Oをつけてください	
連絡先 《 携帯 》				★保護者の連絡先（本人との関係： ）		
《 メール 》				※当日必ず連絡がとれる電話番号をご記入ください		
部活				趣味・特技		

◇卒業後の進路について

- A. 看護学校（大学・短大・専門）への進学を決めている。
- B. 看護学校以外への進学も視野に入れているが、迷っている。
- C. その他（ ）

◇Aを選んだ方…どんな看護師を目指したいですか？

◇企画当日、写真撮影を行います。この写真を当院の広報誌やブログなどで使う場合があります。
撮った写真の使用に同意していただけますか？

同意する ・ 同意しない

◇充実した体験をしていただけるよう、準備等行いたいと思います。
皆さんはどんな1日・半日にしたいですか？意気込みをどうぞ！



◆参加日について◆

！カレンダーの色のついた太枠部分が体験可能日です。希望日【3日以上】にOをつけてください。

※体験可能日が全てご都合が悪い場合は
ご相談ください。

7月

月	火	水	木	金
24	25	26	27	28
31				

8月

月	火	水	木	金
	1	2	3	4
7	8	9	10	11
14	15	16	17	18
21	22	23	24	25
28	29	30	31	

用紙にご記入後、下記
お問い合わせ先まで
FAXにて
お送りください

《申し込み締め切り》

◆6月20日(火) まで

- * お申込み書確認後、受付完了のご連絡をいたします
- * 体験日の決定は当方にて日程調整後、詳細も含め
7月中旬までにFAX、メール、郵送等で改めてご連絡いたします。

《お問い合わせ・お申込み先》

〒491-0815 一宮市千秋町字山王1番地
医療法人 尾張健友会 千秋病院 担当 : 岩下
Tel 0586-77-0012 Fax 0586-76-8017
メール kango@chiaki.com