

2017年高校生夏休み1日看護体験 申し込み用紙

(公財) 横浜勤労者福祉協会 汐田総合病院

〒230-0001 横浜市鶴見区矢向1-6-20 TEL: 045-574-1487 FAX: 045-574-1094

ふりがな		性別		男		女	
氏名		生年月日		平成		年 月 日生 才	
学校名:				学年: 年			
(〒 -)							
住所							
連絡先							
・自宅: - - ・携帯電話: - -							
携帯メールアドレス:							
白衣のサイズ S ・ M ・ L ・ LL ・ 3L ・ 4L ・ 5L その他 (該当に○を)							
ウエストサイズ() cm 股下() cm (男子のみ)							
当院の看護体験に参加するのは							
初めて・()回目 今までの体験場所() ()							
他の病院・看護学校の1日体験に参加したことはありますか? あれば場所・内容を ()							
今回の参加の動機と看護師になろうと思ったきっかけ (できるだけくわしく書いてください)							
Q: 将来看護師になりたいですか?		都合の悪い日程に×をしてください					
A 絶対なりたい		7/22 (土)	7/24 (月)	7/25 (火)	7/26 (水)	7/27 (木)	7/28 (金)
B できればなりたい							
C まだ考え中		7/29 (土)	7/31 (月)	8/1 (火)	8/3 (木)	8/4 (金)	8/5 (土)
体験場所	第1希望 ()	8/7 (月)	8/8 (火)	8/9 (水)	8/10(木)	8/14 (月)	8/15 (火)
	第2希望 ()	8/16(水)	8/17 (木)	8/18(金)	8/21 (月)	8/22 (火)	8/23 (水)
		8/24(木)	8/25(金)	*体験日希望は病院・診療所両方の日程が載せてあります			
・参加された方全員に体験していただきたいと考えていますが、申込が定員を越えた場合、熱意のある方を優先します。体験場所の希望は頂きますが調整する場合があります。 ・(公財)横浜勤労者福祉協会汐田総合病院は、個人情報を適切に管理し、本人の了解なしに第三者に提供等いたしません。							

* 〆切 7月5日(水)まで