

【2018 年 3 月 15 日（木） 合格者丸 1 日体験 申し込み用紙】

☆ 体験希望者はこちらの用紙を郵送又は FAX(574-1094)でお送り下さい。
締切りは 3 月 5 日（月）です。

ふりがな			性別	男 ・ 女	
氏名			生年月日	平成	年 月 日
学校名					
進学先					
ご住所	(〒 -) 12				
連絡先	自宅： - -		携帯： - -		
白衣の サイズ	S M L LL 3L 4L その他 (該当に○を)				
	ウエストサイズ () cm (男子のみ)				
① 当院の看護体験に参加するのは 初めて・() 回目 体験場所 () ② 他の病院・看護学校の看護体験に参加したことはありますか？ あれば場所・内容を ()					
<看護師の事や、1 日看護体験に参加するにあたっての希望など何かありましたらお書き下さい>					
<看護学生になるにあたって期待している事不安に感じている事をお書き下さい>					

※（財）横浜勤労者福祉協会汐田総合病院では、個人情報適切に管理し、本人の了解なしに第三者に提供等致しません。