2018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？

A　絶対なりたい

B　できればなりたい

C　まだ考え中

体験場所

第１希望（　　　　　　　　）

第２希望（　　　　　　　　）

体験日希望

都合の悪い日程に×をしてください

7/24（火）	7/25（水）	7/26（木）	7/27（金）	7/30（月）	7/31（火）
8/1（水）	8/2（木）	8/3（金）	8/6（月）	8/7（火）	8/8（水）
8/9（木）	8/10（金）	8/13（月）	8/14(火)	8/15水)	8/16（木）
8/17（金）	8/20（月）	8/21(火)	8/22（水）	8/23（木）	8/24（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もあります。

・（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（木）まで