

2019年高校生春休み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 絶対になりたい B できればになりたい C まだ考え中		体験日希望	都合の悪い日程に×をしてください				
			3/23(土)	3/25(月)	3/26(火)	3/27(水)	3/28(木)
		3/30(土)	4/1(月)	4/2(火)	4/3(水)		
体験場所	第1希望 ()	* 体験日希望は病院・診療所両方の日程が載せてあります					
	第2希望 ()						
・ 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 3月1日(金) まで