

2019年高校生夏休み1日看護体験 申し込み用紙

すべて必須項目です

(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 年 月 日生 才						
学校名:		学年: 年						
(〒 -)								
住所								
連絡先 (※すべて記入して下さい)								
・ 自宅: - - ・ 携帯電話: - -								
緊急連絡先: - -								
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					
			7/22 (月)	7/23 (火)	7/24 (水)	7/25 (木)	7/26 (金)	7/29 (月)
			7/30 (火)	7/31 (水)	8/1 (木)	8/3 (土)	8/5 (月)	8/7 (水)
			8/8 (木)	8/9 (金)	8/13 (火)	8/14 (水)	8/16 (金)	8/17 (土)
			8/19 (月)	8/20 (火)	8/21 (水)	8/22 (木)	8/23 (金)	
体験場所	第1希望 () 第2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					
・ 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。								

※必ずすべて記入してください

* 〆切 7月5日 (木) まで