2020年高校生春休み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　平成　年　月　日生　才
学校名：　　学年：　年	
（〒　－　） 住所	
連絡先 ・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　（該当に〇を） 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

3/26 (木)	3/27(金)	3/30(月)	3/31(火)	4/1(水)	4/3(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。

※必ずすべて記入してください

＊〆切　2月28日（金）まで