

一日看護体験 申込書

申込日： 2021 年 月 日

学校名： _____

(ふりがな)

申込者名(学校ご担当者)： _____

電話番号： _____ () _____

参加日： 7/26日(月) 27日(火) 29日(木) 30日(金)

いずれかにチェック(レ)してください

(ふりがな) 氏名	学年	白衣サイズ (○を付けてください) S・M・L・LLサイズ以外は備考欄へ				性別	保護者参加 (参加は○)	備考
		S	M	L	LL			
		S	M	L	LL	男・女		
		S	M	L	LL	男・女		
		S	M	L	LL	男・女		
		S	M	L	LL	男・女		
		S	M	L	LL	男・女		

*お名前間違いやすい漢字は、丁寧にご記入ください(名札作成のため)

*お名前にふりがなを必ずふってください

*白衣のサイズは、いつも着用しているサイズに○印をご記入ください

*白衣のサイズがS・M・L・LL以外の方は、備考欄にご記入ください

*参加の可否につきましては、決定次第ご連絡いたします

<申し込み・問い合わせ先>

独立行政法人国立病院機構 箱根病院 副看護部長 梅津 珠子

Tel : 0465-22-3196 (代) Fax : 0465-23-1167

E-mail : 221-kangobu@mail.hosp.go.jp

住所 : 〒250-0032 神奈川県小田原市風祭412