

2024年度



一日看護体験のご案内

日付	時間	場所
7月22日(月)	13:00~16:20 (受付13:00~) *13:00までに 正面玄関にお越しください *感染防止対策のため 検温・症状チェックの ご協力をお願いします	国立病院機構 箱根病院 神経内科・ 筋ジストロフィー の病棟
23日(火)		
25日(木)		
26日(金)		

*COVID-19対策の観点により、急遽中止となる場合がございますので
ご了承ください。その際は、学校ご担当者にご連絡いたします

<内容>

- ・病棟見学・患者との会話
- ・車いす操作・手指消毒・血圧測定・文字盤等の体験



- *感染対策を行ったうえで病棟に入ります
- *感染症の状況により変更になる場合がございます

<参加対象者> 高校生 (約10名/日・5名まで/校)



- *参加の可否につきましては、締め切り後に決定次第ご連絡いたします
- *申し込み多数の場合は3年生優先とし、人数調整をお願いする場合がございます

<申し込み締め切り> 5月17日(金)

<申し込み方法>



裏面または別紙の看護体験申込書に必要事項をご記入のうえ
Fax、メール、郵送でお申し込みください

<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 橋本 みどり

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
(風祭駅より徒歩2分)



一日看護体験 申込書

申込日： 2024 年 月 日

学校名： 高等学校

(ふりがな)

申込者名(学校ご担当者)：

電話番号： ()

メールアドレス：

参加日： 7/22日(月) 23日(火) 25日(木) 26日(金)

いずれかにチェック(レ)してください(参加可能な日が複数ある場合は備考欄に記入)

*差し支えなければ、当日の連絡用に、生徒さんの携帯番号を備考欄にご記入ください

(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	備考 (携帯番号) *任意
		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、普段着用しているサイズに○印を記入ください

*白衣のサイズがS・M・L・LL以外の方は、備考欄に記入ください

*参加の可否につきましては、締め切り後に決定次第ご連絡いたします

*申し込み多数の場合は3年生優先とし、人数調整をお願いする場合がございます

<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 橋本 みどり

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