

2023夏 高校生看護体験 申込用紙

ふりがな			生年月日 西暦
氏名			年 月 日生
学校名	高等学校		年生
郵便番号	〒 (-)		都 ・ 県
現住所			
自宅電話番号		携帯番号	
下記の日程で参加可能な日に○をご記入下さい。			
7月27日(水) 13:00 ~ 16:30			
7月31日(月) 13:00 ~ 16:30			
8月7日(月) 13:00 ~ 16:30			
◇他の病院の看護体験に参加したことがある はい ・ いいえ			
⇨はいと答えた方は、参加したことがある病院と体験内容を教えてください。			
病院名：			
体験内容：			
今回、看護体験を申し込んだ理由を教えてください。			
高等学校	ご担当者様名		

※ FAX あるいは 郵送 にてお申込み下さい。

申込締め切り日：2023年7月5日(水) 必着

直通FAX：03-3912-2228 (王子生協病院 看護学生室直通)

宛先住所：〒114-0003 東京都北区豊島3-4-15 王子生協病院 看護学生室