

※ボールペンかサインペンで濃くお書き下さい

※お申込みが多数の場合は先着順とさせていただきます

「看護学校合格者特別看護体験」申し込み用紙

ふりがな 氏名	男 女	生年月日	西暦	年	月	日
高校名		看護学校名				
住所 〒 _____						
TEL _____ (_____)						
携帯 _____						
【体験日程】	12月25日(火)		第1希望 _____ 月 _____ 日			
	12月26日(水)		第2希望 _____ 月 _____ 日			
<12月25日(火)クリスマス会に> 参加する・参加しない ○をつけてください。14時～18時半までです。 途中帰宅の場合は余白に記入してください。						
①医療生協かながわ（生協戸塚病院・各診療所）の一日看護体験に参加するのは？ 今回初めて ・ () 回目 体験場所 ()						
②医療生協かながわ以外で看護体験をしたことがありますか？ ない ・ ある (どちらで？)						
白衣の サイズ	S M L LL (いずれかに○をしてください)		身 長	cm	男 性 の み	ウエスト 股下 cm cm
★看護師を志望したきっかけ・この体験に参加しようと思った理由を聞かせてください。						
★この体験に参加するにあたっての目標を記入して下さい。						

※本申し込み用紙は看護体験の実施に関してのみ利用させていただきます。当院では、記入していただいた個人情報を第三者に開示することはありません。戸塚病院にて責任を持って保管いたします。