

生協戸塚病院 〒245-0062 横浜市戸塚区汲沢町 1025-6 ・ TEL/FAX 045-864-4155

※ボールペンかサインペンで濃くお書き下さい

※お申し込み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 _____			
希望日	第1希望		月	日	<体験日程> 2019年2月25日(月) 3月6日(水) 3月13日(水) ※第1希望だけでなく複数記入をお願いします。		
	第2希望		月	日			
	第3希望		月	日			
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。