

※FAXでお申込みの場合は申し込み用紙が届いているか確認のためご連絡ください。

※お申込み多数の場合は先着順となります。

# 2019年夏休み1日看護体験 申し込み用紙

ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日	西暦	年	月	日
学校名	学年	年	高校生・一般 (当てはまる方に○をつけて下さい)			

住所 〒 \_\_\_\_\_

TEL ( ) \_\_\_\_\_

携帯 \_\_\_\_\_

※ボールペンかサインペンで濃く記入してください

※日程調整等でご連絡する場合があります。

※都合の悪い日に×をつけてください。						※希望の体験場所を記入して下さい。					
7/25(水)	7/26(金)	7/29(月)	7/30(火)	7/31(水) プレミアム	8/1(木)	第1希望( ) 第2希望( ) 第3希望( ) 第4希望( )					
8/2(金)	8/3(土)	8/5(月)	8/6(火)	8/7(水)	8/9(金)						
8/9(金) プレミアム	8/16(金)	8/20(火)	8/21(水)	8/22(木)	8/23(金)						

※第1希望だけでなく複数記入していただくようお願いいたします。

①医療生協かながわ(戸塚病院 or 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(戸塚病院/ \_\_\_\_\_ 診療所)

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? \_\_\_\_\_)

ユニホーム サイズ	S・M・L・LL (いずれかに○をしてください)	身長	_____ cm
--------------	-----------------------------	----	----------

★今あなたはどのくらい看護師を目指していますか? (いずれかに○をしてください)

①進路を看護に決めている。      ②できればなりたいと思っている。  
 ③まだまだ考え中                      ④その他の進路を考えている。  
 (それは何ですか? \_\_\_\_\_)

★看護師を志望したきっかけ。一日看護体験に参加しようと思った理由を聞かせてください。

★体験の際に聞きたい事や1日看護体験に参加するにあたって目標があれば記入して下さい。

※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。  
 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。