

◇◇◇2017年 春 一日看護体験申込み用紙◇◇◇

申込締切 2月10日(金) 社会医療法人社団 健友会 中野共立病院 記入日 年 月 日

フリガナ					住所	(〒)					
氏名						※マンション名まで正確にお願いいたします					
出身高校	()年 既卒										
携帯番号		自宅番号									
メールアドレス					参加可能日全日に○	2/21(火)	2/23(木)	2/24(金)	3/2(木)	3/3(金)	
白衣のサイズ	S・M・L・LL・3L (該当に○) ※男性のみウエストサイズを記入してください(cm)					3/14(火)	3/16(木)	3/23(木)	3/24(金)	3/28(火)	
緊急連絡先 氏名											
続柄() 電話() 職場・携帯						3/30(木)	3/31(金)	4/3(月)	4/4(火)		
参加希望理由(○をつけてください) ①看護師になりたい ②他の医療職() ③その他											

※体験は9:30~15:00頃までを予定しています。

感染症の抗体の有無と予防接種について記入してください(母子手帳を参照してください)		
はしか(麻疹)	抗体(かかったこと) ⇒⇒ あり・なし・不明	予防接種 ⇒⇒ 済・未・不明
水ぼうそう(水痘)	抗体(かかったこと) ⇒⇒ あり・なし・不明	予防接種 ⇒⇒ 済・未・不明
おたふくかぜ(流行性耳下腺炎)	抗体(かかったこと) ⇒⇒ あり・なし・不明	予防接種 ⇒⇒ 済・未・不明
三日はしか(風疹)	抗体(かかったこと) ⇒⇒ あり・なし・不明	予防接種 ⇒⇒ 済・未・不明

今回お預かりした個人情報、適切に管理いたします。本人の了解なしに第三者に提供されることはありません。

◇◇◇一日看護体験 事前アンケート◇◇◇

◆看護師さんに聞きたいことをご記入ください(質問できる時間を設けています)
◆看護体験は何回目ですか? 初めて・()回目 ⇒⇒以前はどこで体験しましたか? ()
◆中野共立病院の企画に参加したことがありますか? 初めて・()回目 ⇒⇒企画は何ですか? ()
◆どこでこの体験を知りましたか? (学校・きらめき通信・知人や家族の紹介で・その他)
◆志望校は決まっていますか? ① ② ③
◆奨学金の利用は考えていますか? (考えている・考えていない・分からない)

申し込みはFAXまたは郵便にて下記までお送りください。
 参加日はメールやSMS、あるいは封書にてご連絡いたします。
 申込者が多数の場合は抽選となります。抽選に外れた方にはお電話かメールにて追加日程をご案内する場合があります。
 〒164-0001東京都中野区中野5-44-7
 社会医療法人社団 健友会 中野共立病院 看護学生室 松村・粉川
 FAX03-6681-1389 TEL03-3387-3041/080-3456-7495

病院記入欄