2016年春 一日看護体験申し込み用紙

社会医療法人社団 健友会 中野共立病院

記入日 2016年 月 日

ふりがな		顔写真を貼って下さい 顔がわかればプリクラも可					
氏名							
学校名（既卒のかたは出身校）（ 年生）・既卒							
生年月日 年 月 日（ 歳） 男・女							
住所（〒 - ）		体験日希望	都合の悪い日程に×をしてください				
			2/22	3/9	3/15	3/16	3/24
電話番号 携帯電話			4/1				
メールアドレス							
白衣のサイズ S・M・L・LL・3L その他（該当に○） ※男子のみ→ウエストサイズ（ ）cm							
①看護師になりたい ②他の医療職（ ） ③その他（ ） ※①～③の該当するものに○をして、参加動機とその職業の志望動機を書いて下さい （できるだけ詳しく書いてください）							
看護師さんに聞いてみたいことを書いて下さい							
緊急連絡先 氏名（続柄） 電話番号 職場・携帯							
感染症の抗体の有無と予防接種について教えてください（母子手帳などでご確認ください）							
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					
三日ばしか（風疹）	抗体（かかったこと）→あり・なし・不明	予防接種→済 未 不明					
【アンケートにご協力お願いします】							
①看護体験は何回目ですか？ 初めて・（ ）回目 どこで体験しましたか？（ ）							
②中野共立病院の企画に参加したことはありますか？ 初めて・（ ）回目 したことがあるかたは、何の企画ですか？（ ）							
③どこでこの体験を知りましたか？							
④志望校を教えてください 1 _____ 2 _____ 3 _____							
⑤看護学校に合格した方は学校名をお書き下さい							

申込みの方全員に体験していただきたいと考えていますが、申し込みが定員を越えた場合、熱意のある方を優先します。中野共立病院は、個人情報適切に管理し、本人の了解なしに第三者に提供等いたしません。封書にて中野共立病院 看護学生室まで送って下さい。〒164-0001 東京都中野区中野5-44-7 Tel03-3387-3041