

◇◇◇2018年 一日看護体験申込書◇◇◇

締め切り 7月6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                                                                             |                                                             |      |  |    |                      |                            |         |         |         |         |
| 出身高校                                                                           | ( )年                                                        |      |  |    |                      |                            |         |         |         |         |
| 携帯番号                                                                           |                                                             | 自宅番号 |  |    | ※マンション名まで正確にお願いいたします |                            |         |         |         |         |
| メールアドレス                                                                        |                                                             |      |  |    | ※可能日すべてに○<br>体験希望日   | 7/18(水)                    | 7/19(木) | 7/24(火) | 7/26(木) | 7/31(火) |
| 白衣のサイズ<br>(ワンピース)                                                              | S ・ M ・ L ・ LL ・ 3L ( 該当に○ )<br>※パンツ型を希望する方はウエストサイズを記入( cm) |      |  |    |                      |                            |         |         |         |         |
| 緊急連絡先<br>氏名 ( ) 続柄 ( )<br>電話 ( ) 職場 ・ 自宅 ・ 携帯                                  |                                                             |      |  |    |                      | 8/2(木)                     | 8/23(木) | 8/24(金) | 8/28(火) | 8/30(木) |
| 参加希望職種(○をつけてください)<br>・看護師 ・薬剤師 ・臨床検査技師 ・臨床工学技士<br>・理学療法士 ・作業療法士 ・言語聴覚士 ・その他( ) |                                                             |      |  |    |                      | ※体験は9:30～15:30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は、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？ ( )                                                                                             |
| ◆希望の職種に聞きたいことはありますか？                                                                                                                            |
| ◆志望校は決まっていますか？ ① ② ③                                                                                                                            |
| ◆下記は中野共立病院で行っている企画です。興味のあるものがあれば教えてください。<br>・ ボランティア ・ カンファレンス体験 ・ 震災支援 ・ 生活相談 ・ ホームレス支援<br>・ 看護講座 ・ 子ども食堂手伝い ・ 医療施設のフィールドワーク ・ 被爆者、戦争体験者のお話を聞く |

病院記入欄