

◇◇◇2020年 一日看護体験申込書◇◇◇

締め切り 2月10日(月)必着 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										
携帯番号		自宅番号			※可能日すべてに○	2/20(木)	2/26(水)	2/28(金)	3/10(火)	3/11(水)	
メールアドレス											
白衣のサイズ (ワンピース)	S・M・L・LL・3L (該当に○) ※パンツ型を希望する方はウエストサイズを記入(cm)					3/17(火)	3/18(水)	3/24(火)	3/26(木)	4/1(水)	
緊急連絡先 氏名 () 続柄 () 電話番号 () 職場・自宅・携帯											
参加希望職種(○をつけてください) ・看護師 ・薬剤師 ・臨床検査技師 ・臨床工学技士 ・理学療法士 ・作業療法士 ・言語聴覚士 ・その他()										4/3(金)	
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。いかなる場合も第三者に提供されることはありません。
※申込後や日程確定後はメールまたはショートメールにてご連絡します。お間違えないよう記入をお願いいたします。

◇◇◇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？ ()
◆志望校は決まっていますか？ ① ② ③
◆下記は中野共立病院や民医連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。 ・ 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 ・ 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