

◇◇◇2017年 一日看護体験申込み用紙◇◇◇

申込締切 7月8日(土) 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○	7/20(木)	7/25(火)	7/27(木)	7/28(金)	8/1(火)
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)					8/2(水)	8/8(火)	8/9(水)	8/16(水)	8/17(木)
緊急連絡先 氏名						8/22(火)	8/23(水)	8/29(火)	8/31(木)	
続柄() 電話() 職場・携帯										
参加希望理由(○をつけてください)										
①看護師志望 ②他の医療職() ③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、適切に管理いたします。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◇◇◇

◆どんな看護がしたいですか ・産科 ・小児 ・救命救急 ・手術室 ・先進医療 ・高齢者 ・養護教諭 ・国際貢献 ・災害看護 ・その他() ・未定
◆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)
◆志望校を教えてください ① ② ③
◆看護学生用奨学金制度について ※各病院、自治体、政府の制度を説明し (聞いてみたい ・ 考えていない ・ 分からない) ます

申し込みはFAXまたは郵便にて下記までお送りください。
参加についてはメール、または封書にて申込者全員にご連絡いたします。
申込者が多数の場合は抽選となります。抽選に外れた方にもご連絡を
します。締め切り後に連絡がこない場合は必ずご一報ください。
〒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