

ふれあい看護体験 申し込み用紙

申し込み用紙に書かれた個人情報は、「ふれあい看護体験」に関わるご案内や連絡、
その他のお知らせなどに利用させていただきます。

申し込み日 月 日

	ふりがな	性別	年齢
氏名			
現住所	〒		
連絡先	メールアドレス	@	
	電話番号		
	携帯電話		
学生の方は学校名と学年をご記入下さい。			
学校名			学年
開催日	平成29年7月28日（金）		
午前・午後 の希望	午前（9時～受付） 午後（13時～受付） ※どちらでも参加が可能な方は、両方に○をつけて下さい。 両方に○をつけた方には、事前にどちら時間になったかお伝えしま す。		
白衣のサイズ	S・M・L・LL（当日は白衣をお貸しします。）		

【お申込み・お問い合わせ先】

埼玉協同病院 ふれあい看護体験担当者 榎本 千紘
〒333-0831 埼玉県川口市木曾呂1317
TEL 048-296-4771（代表）