

1 日看護師体験申込書

2017年・夏

ふりがな				女・男
氏名				
学校・学年	立	高校	年生	
生年月日	西暦	年	月	日生(歳)
住所	〒 _____			
自宅電話	()			
携帯電話	()			
E-mail				
洋服サイズ	S	M	L	LL EL (LLL)

日程	東京健生 病院	大泉生協 病院	老健ひか わした
7月24日(月)			
7月27日(木)			
7月28日(金)			
7月31日(月)			
8月2日(水)			
8月3日(木)			
8月7日(月)			
8月10日(木)			
8月22日(火)			
8月24日(木)			
8月25日(金)			
8月28日(月)			
8月30日(水)			

※ご案内は記入いただいたご住所宛にお送りします。また、参加予定時刻にお越しにならない場合や道に迷われた際に、携帯電話や携帯アドレスに連絡を取らせていただくことがあります。丁寧な字で正確に記入ください。

8月13日(木)	1.
8月22日(火)	2.
8月24日(木)	3.

右の日程表の第1希望の日程の欄に**1**、第2希望の日程の欄に**2**…と記入して下さい(できるかぎり第3希望までは記入ください。可能でしたら第4希望以降も記入していただいてもかまいません)。

参加希望理由 (ご応募多数の際の選考基準になりますので明確に記入ください)	
これまでに看護師体験や病院体験に参加したことはありますか?	
ない ・ ある (____年生のとき、 _____病院にて)	
家族や親せきに看護師さんはいますか?	志望する看護学校・看護大学は決まっていますか?
いない ・ いる (_____)	志望校名: _____ ・ 未定
今回の企画をどちらで知りましたか?	連絡事項がありましたらご記入ください。
高校 ・ 通信 ・ その他 (_____)	*ご友人と同じ体験日での希望など。ご希望に沿えない場合もあります。

※病院記入欄

担当: ____ F ____ NS

★7月5日以降、申込者へ個別に参加の可否をお知らせします。
 ★7月12日時点でお手元にご案内が届かない場合は、氏名・学校名・学年をそえてtk-kangakusei@thoken.or.jpへ問合せください。