

ふれあい看護体験申し込み書

学校名 []

ご担当者氏名 [] ご連絡先 [] /内線 []

①参加希望日 5月18日(土)

参加希望者氏名	性別	学年	連絡先住所	電話番号 (当日繋がる番号をお願いします。)
ふりがな			〒	
ふりがな			〒	
ふりがな			〒	

②参加希望日 7月29日(月)

参加希望者氏名	性別	学年	連絡先住所	電話番号 (当日繋がる番号をお願いします。)
ふりがな			〒	
ふりがな			〒	
ふりがな			〒	

③参加希望日 8月23日(金)

参加希望者氏名	性別	学年	連絡先住所	電話番号 (当日繋がる番号をお願いします。)
ふりがな			〒	
ふりがな			〒	
ふりがな			〒	

【申し込み先】郵送の場合

〒238-0115 三浦市初声町高円坊1040-2/福井記念病院 看護部中庭良枝 宛

FAXの場合: 046-888-2149