

2019 年度ふれあい看護体験申込用紙

学校名	
学校担当者氏名	
学校連絡先	

参加者氏名

ふりがな 氏名	年齢	性別	連絡先	白衣サイズ 男性はウエストも記入	参加 希望日
	歳	男・女		S・M・L・LL ウエスト c m	① ② ③ ④
	歳	男・女		S・M・L・LL ウエスト c m	① ② ③ ④

※ 3名以上になる場合はご連絡ください。

希望日は希望する日にちを記入して下さい。第4希望まで記入可。

定員を超えた場合は先着順で決めさせていただきます。

申込先	〒259-1335 秦野市三廻部 948 医療法人財団 青山会 みくるべ病院 看護部 中田弘美 TEL : 0463-88-0266 FAX : 0463-87-3591
-----	--

申込は郵送か FAX でお申し込み下さい