

平成27年 月 日()

看護師（医療職）1日体験 参加申し込み

高等学校

職員氏名：

*氏名のフリガナと連絡先、希望参加日程・車の送迎希望・白衣サイズ・身長について記載してください。

フリガナ()

①参加者名 _____ 連絡先(携帯可) _____

希望参加日程：()第1回 5月5日 ()第2回 7月31日 ()第3回 8月11日

上田駅温泉口送迎希望：(あり ・ なし) いずれかに○をして下さい。

体験希望：()看護師 ()介護福祉士 ()理学療法士 ()作業療法士
()薬剤師 ()その他 _____

白衣サイズ：()S ()M ()L 身長：() cm

フリガナ()

②参加者名 _____ 連絡先(携帯可) _____

希望参加日程：()第1回 5月5日 ()第2回 7月31日 ()第3回 8月11日

上田駅温泉口送迎希望：(あり ・ なし) いずれかに○をして下さい。

体験希望：()看護師 ()介護福祉士 ()理学療法士 ()作業療法士
()薬剤師 ()その他 _____

白衣サイズ：()S ()M ()L 身長：() cm

フリガナ()

③参加者名 _____ 連絡先(携帯可) _____

希望参加日程：()第1回 5月5日 ()第2回 7月31日 ()第3回 8月11日

上田駅温泉口送迎希望：(あり ・ なし) いずれかに○をして下さい。

体験希望：()看護師 ()介護福祉士 ()理学療法士 ()作業療法士
()薬剤師 ()その他 _____

白衣サイズ：()S ()M ()L 身長：() cm

フリガナ()

④参加者名 _____ 連絡先(携帯可) _____

希望参加日程：()第1回 5月5日 ()第2回 7月31日 ()第3回 8月11日

上田駅温泉口送迎希望：(あり ・ なし) いずれかに○をして下さい。

体験希望：()看護師 ()介護福祉士 ()理学療法士 ()作業療法士
()薬剤師 ()その他 _____

白衣サイズ：()S ()M ()L 身長：() cm

フリガナ()

⑤参加者名 _____ 連絡先(携帯可) _____

希望参加日程：()第1回 5月5日 ()第2回 7月31日 ()第3回 8月11日

上田駅温泉口送迎希望：(あり ・ なし) いずれかに○をして下さい。

体験希望：()看護師 ()介護福祉士 ()理学療法士 ()作業療法士
()薬剤師 ()その他 _____

白衣サイズ：()S ()M ()L 身長：() cm

問い合わせ先 386-0396 上田市鹿教湯温泉1308

鹿教湯三才山リハビリテーションセンター鹿教湯病院 (代表) TEL:0268-44-2111

看護部長：斎藤順子