

平成28年 月 日( )

## 看護師（医療職）1日体験 参加申し込み

高校名： \_\_\_\_\_ 高校

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 \_\_\_\_\_ (男・女) 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 \_\_\_\_\_ (男・女) 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 ( )LL 身長：( ) cm

フリガナ ( )  
③参加者名 \_\_\_\_\_ (男・女) 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 \_\_\_\_\_ (男・女) 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 \_\_\_\_\_ (男・女) 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