

平成29年 月 日( )

## 看護師（医療職）1日体験 参加申し込み

高校名：\_\_\_\_\_

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10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10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10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10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10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：齋藤順子 副看護部長中村淳子