

◇◇◇2018年 一日看護体験申込書◇◇◇

締め切り 2月9日(金) 社会医療法人社団 健友会 中野共立病院 記入日 年 月 日

フリガナ						住所	(〒)					
氏名							※マンション名まで正確にお願いいたします					
出身高校	()年 既卒											
携帯番号			自宅番号									
メールアドレス						※可能日すべてに○	2/23(金)	3/14(水)	3/15(木)	3/22(木)	3/23(金)	
白衣のサイズ (ワンピース)	S・M・L・LL・3L (該当に○) ※パンツ型を希望する方はウエストサイズを記入(cm)											
緊急連絡先 氏名 () 続柄 () 電話 () 職場・自宅・携帯							3/27(火)	3/29(木)	4/3(火)	4/4(水)		
参加希望理由(○をつけてください) ①看護師志望 ②医療職全般に興味がある ③他の医療職志望 (・医師・リハビリ・検査技師・工学技士・他)						※体験は9:30～15:30頃までを予定しています。						
感染症の抗体の有無と予防接種について記入してください(母子手帳を参照してください)												
はしか(麻疹)	抗体(かかったこと) ⇒⇒ あり・なし・不明					予防接種 ⇒⇒ 済・未・不明						
水ぼうそう(水痘)	抗体(かかったこと) ⇒⇒ あり・なし・不明					予防接種 ⇒⇒ 済・未・不明						
おたふくかぜ(流行性耳下腺炎)	抗体(かかったこと) ⇒⇒ あり・なし・不明					予防接種 ⇒⇒ 済・未・不明						
三日はしか(風疹)	抗体(かかったこと) ⇒⇒ あり・なし・不明					予防接種 ⇒⇒ 済・未・不明						

今回お預かりした個人情報、適切に管理いたします。第三者に提供されることはありません。

申し込みに関しては一番下に記載されている内容を必ずご確認ください。

◇◇◇一日看護体験 事前アンケート◇◇◇

◆どんな看護がしたいですか
 ・産科 ・小児 ・救命救急 ・手術室 ・先進医療 ・高齢者 ・養護教諭
 ・国際貢献 ・災害看護 ・その他() ・未定

◆看護体験は何回目ですか？ 初めて ・ ()回目 ⇒⇒以前はどこで体験しましたか？ ()

◆中野共立病院の企画に参加したことがありますか？ 初めて ・ ()回目 ⇒⇒企画は何ですか？ ()

◆どこでこの体験を知りましたか？ (学校 ・ きらめき通信 ・ 知人や家族の紹介で ・ その他)

◆志望校を教えてください
 ①大学希望 【 】大学 ②専門学校希望 【 】専門学校 ③まだ決まっていない

◆看護師や看護学生に聞きたいことがあれば記入してください(どちら宛でもOK)

申込書はFAXまたは郵便にて下記までお送りください。
 申し込みが完了した方には必ず受付完了メールをお送りしています。
 5日以上経っても完了メールが届かない場合、申し込みが正常に行われなかった可能性があります。その際は必ず下記までご連絡ください。
 〒164-0001東京都中野区中野5-44-7
 社会医療法人社団 健友会 中野共立病院 看護学生室 松村・粉川
 FAX03-6681-1389 TEL03-3387-3041/080-3456-7495

病院記入欄