

看護体験申込書

社会医療法人 入間川病院 看護部長 細田 美穂 宛

学校名	
学校住所	
学校電話番号	
学校連絡先メール	
学校担当者名	

【1日看護体験希望】

多くの学校から参加していただきたいため、1施設1日3名での調整をご協力お願いいたします。

(ふりがな) 希望生徒名	性別	学年	白衣 サイズ	希望日程		
				①	②	③
			S/M/L	AM	AM	AM
			S/M/L	AM	AM	AM
			S/M/L	AM	AM	AM
			S/M/L	AM	AM	AM
			S/M/L	AM	AM	AM
			S/M/L	AM	AM	AM
			S/M/L	AM	AM	AM

※体験は日・祝日は実施していません

こちらの用紙を添付し、メールしてください。

メールアドレス：rep_of_nurse@irumagawa-hosp.com