

フリガナ	○をつける 1・2・3年生		記入日:	月	日
氏名	男・女 (生年月日*西暦		年	月	日)
学校名	県立・都立・私立		校		
連絡先	〒 _____				
	自宅の電話 _____		携帯 _____		
E-mail:	_____		@ _____		
白衣 サイズ: S M L LL EL	男性はスホンのウエストサイズ ( _____ cm)		●この「一日体験」を何で知りましたか? <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 予備校 <input type="checkbox"/> その他( _____ )		
受験予定(志望)の看護学校	●今までこのような体験に参加したことがありますか? <input type="checkbox"/> 体験したことがない <input type="checkbox"/> 体験したことがある=( _____ )回		前に体験した場所に○印をつけてください。東京勤労者医療会(勤医会)の病院でない場合は※に進んでください。		
(1) _____ (推薦・一般)			場所:東葛病院・代々木病院・みさと協立病院 病棟・通所リハビリ・その他( _____ )		
(2) _____ (推薦・一般)			前回はいつごろ?:( _____ ) 例:2012年の春と夏		
■体験希望日 *必ず第三希望日まで記入下さい			※他の病院で( _____ )回、体験したことがある (病院名: _____ )		
*下の欄外に記載された実施日からお選び下さい			●今回の一日看護師体験に参加を希望した動機をきかせてください。 <input type="checkbox"/> 看護師になりたいから(それはなぜ?)		
第1希望: _____ 月 _____ 日					
第2希望: _____ 月 _____ 日					
第3希望: _____ 月 _____ 日					
■体験希望病院 *必ず2ヶ所まで希望順番を記入の事			●あなたのご家族のうちに医療従事者はいらっしゃいますか? (はい・いいえ) はいと答えた方 →どなたが( _____ ) どんな職種( _____ )		
( _____ )東葛病院( _____ )代々木病院( _____ )みさと協立病院					
希望日は下記から第三希望まで選んで下さい					
◇1・2年生:7/25、8/1、8/8、8/22、8/29					
◇3年生:7/29、8/5、8/12、8/19、8/26					
以上、合計10日間で実施					
この体験でしてみたいことはありますか?(複数回答可)(体験職場の配属の際、参考にさせていただきます)					
<input type="checkbox"/> ベッドメイキング <input type="checkbox"/> おむつ交換 <input type="checkbox"/> 患者さんや利用者さんとの対話 <input type="checkbox"/> 病棟看護の見学 <input type="checkbox"/> その他( _____ )					
*お願い :希望者多数の場合は、実施場所や実施日が、第2希望や第3希望になる場合がありますので、ご了解の上お申し込み下さい。連絡なしの当日キャンセルは困りますのでご注意下さい。					

- \* 希望日や場所が“1ヶ所だけ”では、お受けできない場合がありますのでご注意下さい。裏面地図参照
- \* 申し込み用紙 郵送の場合 〒270-0174 千葉県流山市下花輪409番地 東葛病院 看護学生室宛
- \* 申し込み用紙 FAX 送付先 FAX 04-7159-6242 (東葛病院内・看護学生室)
- \* 2014年7月4日(金)申し込み締め切り(必着)、日程決定後郵送します。日程変更は受付できません。

個人情報については、看護学生室で取り扱いには厳重に注意致します。また今後、看護学校情報や東京勤労者医療会の企画紹介を掲載した高校生・看護学生通信の発送、通信作成にあたり看護学校進学確認や各企画へのお誘いの電話かけ等に活用させて頂いています。