

一日看護体験 参加申込書

ふりがな 氏名	男・女 ○を記入		学校名・学年		高校		年		
ふりがな 住所	〒 TEL: ()		当日連絡可能 緊急連絡先		氏名 〒 TEL: ()		(続柄)		
体験希望日 ○を記入	白衣サイズ ○を記入 <small>※男性はウェストサイズも 記入</small>	麻疹 ○を記入	風疹 ○を記入	水疱瘡 ○をして 下さい	おたふく風邪 ○を記入	写真等の掲載に ついて※1 ○を記入	食物アレルギー ○を記入 <small>※有の場合物質を記入</small>	過去当院の 「一日看護 体験」に参 加の有無	備考 <small>※体験を希望 する所属など</small>
8月1日	S	発症済	発症済	発症済	発症済	可	無	無	
8月20日	M								
どちらでも良い	L	予防接種済	予防接種済	予防接種済	予防接種済	不可	有	有	
	LL	※予防接種の記録(母子手帳による接種記録、ワクチン接種済証など)を併せてご提出ください。					()	()回	
	<small>※男性のみ ウェスト()cm</small>								

※1 体験日当日、取材が入る場合があります。参加される方のお名前、写真(映像)、コメント等が記事に掲載・放映される可能性があります。

送付先:大和市立病院 病院総務課

大和市深見西8-3-6

TEL 260-0111 FAX 260-3366

担当 久米

6月22日(金)までにご提出ください。(応募者多数の場合は抽選となります)