

佐野厚生総合病院

2025年度 ふれあい看護体験参加申込書

実施日時：令和6年7月25日（金）・8月1日（金）9：00～15：30

学校名	
学校住所	〒
担当者名	
FAX	
電話番号	

参加希望日に○をつけてください

第1希望	7/25	8/1	
第2希望	7/25	8/1	なし

ふりがな 学生氏名		性別	男性	女性
学生住所	〒			
電話番号	自宅 携帯			
学年	1年	2年	3年	
服のサイズ	S	M	L	2 L
コロナワクチン接種回数	回	最終接種日		
参加理由				

申込受付期間：令和6年6月2日 9：00 ～ 6月14日 12：00

- 応募多数の場合は抽選となりますのでご了承ください。
- 参加の可否については6月27日（金）までに学校へFAXで連絡させていただきます。
- 参加の場合、書類は学校へ送付させていただきます。
- お問い合わせ等はFAXをお願いします。

【FAX送付先】 佐野厚生総合病院 総務課 ふれあい看護担当

FAX番号 0283 - 22 - 8252