

# 2020年高校生夏休み看護ボランティア 申し込み用紙

(公財) 横浜勤労者福祉協会 汐田総合病院

すべて必須項目です

〒230-0001 横浜市鶴見区矢向1-6-20 TEL:045-574-1487 FAX:045-574-1094

ふりがな		性別 男 ・ 女						
氏名		生年月日 年 月 日生 才						
学校名:		学年: 年						
(〒 - )								
住所								
連絡先 (※すべて記入して下さい)								
・自宅: - -		・携帯電話: - -						
緊急連絡先: - -								
当院の看護体験に参加するのは								
初めて・( )回目		今までの体験場所 ( ) ( )						
他の病院・看護学校の1日体験に参加したことはありますか? あれば場所・内容を		( )						
今回の参加の動機と看護師になろうと思ったきっかけ		(できるだけくわしく書いてください)						
Q: 将来看護師になりたいですか?		体 験 日 希 望	都合の悪い日程に×をしてください					
A 絶対になりたい			8/3 (月)	8/5 (水)	8/7 (金)	8/11 (火)	8/12 (水)	8/13 (木)
B できればになりたい								
C まだ考え中								
<ul style="list-style-type: none"> <li>参加された方全員に体験していただきたいと考えていますが、申込が定員を越えた場合、熱意のある方を優先します。体験場所の希望は頂きますが調整する場合もあります。</li> <li>(公財)横浜勤労者福祉協会汐田総合病院は、個人情報適切に管理し、本人の了解なしに第三者に提供等いたしません。</li> </ul>								

※必ずすべて記入してください

\* 〆切 7月3日(金)まで