

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 (続柄) 〒 TEL: ()			
体験日時	白衣サイズ ○を記入 ※男性はウェストサイズも記入	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	過去当院の「一 日看護体験」に 参加の有無	その他 何かあれば、 ご記入ください。
令和5年 7月26日(水) 9:00-12:00	S M L LL ※男性のみ ウェスト()cm	発症済 予防接種済	発症済 予防接種済	発症済 予防接種済	発症済 予防接種済	可 不可	無 有 ()回	

※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。

※1 参加される方のお名前、写真(映像)、コメント等をホームページのブログ等で紹介させていただく可能性があります。

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 関塚
(6月30日(金)までにご提出ください。)