

# 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 <small>希望日に○を記入 (いずれの日も可の場合 は両日に○をつけてくだ さい)</small>	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	過去当院の「一 日看護体験」に 参加の有無	その他 <small>何かあれば、 ご記入ください。</small>
7月31日(金)  . 8月20日(木)	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 的野  
(6月26日(金)までにご提出ください。)