

看護体験申込用紙【FAX 送信状】

発送先	浜松医療センター・看護管理室 FAX:053-451-2766
ふりがな 氏 名	
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)
在 学 校 名	
学 年	
住 所	
電 話	
携帯電話	
Email	
参加希望日	
体験希望職種	看護師（保健師） ・ 助産師
体験希望研修場所 (診療科・分野など)	
白衣のサイズ	S ・ M ・ L ・ LL
連絡事項	

*参加希望日、体験希望職種、白衣のサイズについては、希望箇所に、○印をつけてください。

後日連絡をしますので、携帯電話および Email の欄は、はっきりと記入をお願いします。

*体験をご希望の方は、この申込用紙にて FAX または、Email に添付し、送信してください。

*電話にて連絡の場合は、下記の時間帯にご連絡ください。

平日 8:30~17:00

看護管理室 TEL 053-451-2736 (直通)

053-453-7111 (代表)