

※申し込み締め切りは各開催日の10日前です

2017年度 西淀病院

「高校生看護体験」申し込み用紙

ふりがな： _____

名前： _____ 性別： _____

高校名： _____ 学年： _____ 年生

〒 () - ()

住所： _____

連絡先電話： _____

サイズ： S・M・L・LL (○をして下さい・白衣の準備に必要)

参加希望日：~~5月20日~~ ~~6月17日~~ 7月15日 9月16日

10月21日 11月18日 12月16日 1月20日

(夏休みと春休みは別途お知らせします。)

*希望日を○で囲って下さい。

*申込受付後は、ご本人様宅に直接要項を郵送させていただきます。ご了承ください。

<アンケート>

1. これまで看護体験に参加したことがありますか？

はい・いいえ

(看護体験した病院名： _____)

2. 看護師になりたいと思った動機は何ですか？

3. 看護師への質問や疑問をお聞かせください。

4. 看護体験でどんなことがしてみたいか教えてください。

※みなさんのご住所や連絡先などの情報につきましては、今後「高校生看護体験 NEWS」をはじめ、看護学校進学後も皆さんの看護師への夢を応援するため、学習企画や情報をお知らせするためにのみ活用させていただきます。

～コピー可～

お問い合わせ・お申し込みは TEL：06-6472-1141 FAX：06-4808-2560

西淀病院 師長室 徳増まで