

埼玉みさと総合リハビリテーション病院 看護部 行き
FAX : 048-952-0127

高校生・看護・介護体験 申込書

ふりがな 氏名	(男・女)	生年月日	平成 年 月 日 年齢 () 歳
住所	〒		
電話番号	()		
学校名	高等学校 () 年生		
参加希望	第1希望 7月 日	希望コースに○をして下さい (① ②)
	第2希望 7月 日	希望コースに○をして下さい (① ②)
	第3希望 7月 日	希望コースに○をして下さい (① ②)
	予定日程 7月24日から28日 まで 希望コース ① 看護体験 (10:00~12:00) ・先輩看護師の話 ・看護・患者体験など ② 介護体験 (14:00~16:00) ・先輩介護福祉士の話 ・介護・患者体験 ※患者体験の内容は重複することもあります 1日で両方希望する方は、①②の間が2時間あることをご了承ください 食事ご持参か近隣の飲食店をご利用ください		

「埼玉みさと総合リハビリテーション病院 看護・介護体験」に参加することについて、同意致します。(未成年者の場合)

令和 年 月 日

(保護者署名) _____