

ハートフルナーシング申込書

FAX用紙 (0235-28-3434)

送信先：庄内医療生活協同組合

鶴岡協立病院 総師長室 高橋亜矢子 宛



FAX：0235-28-3434

TEL：0235-23-6060 (内) 2850

E-mail：ayako-t@turuoka-kyoritu-hp.or.jp

申込締切は7月15日(木)とさせていただきます。

*E-mailでの申し込みは下記の内容をきれなくご入力、お願いします。

(選択項目には○をつけてください)

参加者 氏名	：	
看護学校名	：	
学年	：	
現住所	：	
電話番号	：	
帰省先住所	：	
電話番号	：	
希望日	：	8/10 ・ 8/11 ・ 8/18 ・ 8/19
体験希望病院	：	鶴岡協立病院 ・ 鶴岡協立リハビリテーション病院
希望の実習内容 (詳しく、具体的に)：		
参加の動機	：	
白衣のサイズ	：	S / M / L / LL