

看護師体験参加申込書

申込日：平成 年 月 日

フリガナ	
氏名	
現住所	〒
連絡先	電話： 携帯： メール：
学校名	
希望日	第一希望：平成 20 年 月 日 () ~ 月 日 ()
	第二希望：平成 20 年 月 日 () ~ 月 日 ()
希望部署	・希望する看護体験部署をお書き下さい。
その他	・ご質問等あればご遠慮なくお書き下さい。
宿泊希望	あり なし

医療法人鉄蕉会 森の里病院
〒243-0122 神奈川県 厚木市森の里 3-1-1
046-247-2121