

ふれあい看護体験2025 参加申込書

ふりがな			男 女 ※いずれかに○
お 名 前			
連 絡 先 TEL (日中の連絡先)	※日中連絡がつく番号を記入してください ① _____ ② _____		
住 所	〒 _____		
学 校 名	_____ 高等学校	学年	_____ 年生
学 校 TEL	_____		
洋服サイズ	S ・ M ・ L (男女共通サイズ) ※いずれかに○		
希 望 日	① 7 月 29 日 ② 7 月 30 日 ③ どちらでもよい ※ 希望日に添えない場合があります。		
志望動機	_____ _____ _____ _____		

※必要事項をご記入の上、下記あてに、郵送またはFAXでお申し込みください。

【申込期限】 7月10日（木）当院必着

【送 付 先】 〒753-8517 山口市緑町2番11号

済生会山口総合病院看護部 （担当 蔦野知代子）

TEL 083-901-6111 FAX 083-921-0714