

日本海総合病院スプリングセミナー参加申込書

申し込み期限:平成30年3月2日(金)

参加コース (○で囲んでください)	1日コース(22日のみ) 2日間コース(22日・23日の両日)		
氏 名	ふりがな		性 別
			男 ・ 女
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日		
現住所	〒		
電話番号			
メールアドレス			
看護学校	所在地		学 年
	名称		
備考 ※食物アレルギーがある方も こちらに記載してください。			

※2日間コースの方のみ

緊急連絡先 電話番号 (実家など)		保護者氏名 (本人との続柄)	
帰省先等住所 (実家など)	〒		
体験希望診療科 ※必ず第3希望まで 記入してください。	第1希望	第2希望	第3希望
持ち物	ナース服・パンツ	有 ・ 無 [サイズ:]	
(参考)スクラブサイズ (いずれかに○)	S ・ M ・ L ・ LL ・ ほか()		
宿泊希望 (どちらかに○)	希望する ・ 希望しない		

※宿泊先は病院近くのビジネスホテル(ホテルイン酒田)の予定です。

※※現住所又は実家・帰省先の住所が庄内地域の場合は、宿泊施設は利用できません。公共交通機関等
を利用し、通うことができない場合は、ご相談ください。

申し込みについて
① 可能な限りメールでお申込ください。また、お申込の際はメールに参加申込書を添付いただくか、
本文に参加申込書と同様の内容を入力し、送信してください。
② 郵送やFAXでお申し込みをする方は案内に記載してある申し込み先まで参加申込書をお送り
ください。