

ハートフルナーシング申込書

FAX用紙 (0235-24-4310)

送信先：医療生活協同組合やまがた 高橋 宛

FAX：0235-24-4310

TEL：0235-33-8155

携帯電話：070-5628-8420

E-mail：honbu@shonai-mcoop.jp

申込締切：参加したい月の前月15日まで！



きよーちゃん

例) 9月に参加したい方は8月15日まで

*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	:	
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 ・ どちらも
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