

ハートフルナーシング申込書

FAX用紙 (0235-29-1737)

送信先：医療生活協同組合やまがた 看護部 高橋 宛

FAX：0235-29-1737

TEL：0235-23-6060 (内線) 2820

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！

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みれなくご入力、お願いします。

(選択項目には○をつけてください)



きょーちゃん

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	: