

平成29年度 一日看護体験 申込み用紙

郵送の場合	〒240-8585 横浜市保土ヶ谷区釜台町43-1
FAXの場合	045-331-0864 看護部 濱岸・五十嵐宛

送付状は不要です。このまま送信してください。

氏名	
フリガナ	
年齢	歳
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
自宅郵便番号	
自宅住所	
自宅電話番号(市外局番から)	
携帯電話番号	
e-mail	
学校名	
学年	年
身長(白衣準備参考のため)	cm 男性の場合、股下()cm
白衣のサイズ	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> LL <input type="checkbox"/> 3L
※白衣のサイズ選択の際に参考にしてください S:身長145~155cm M:155~165cm L:165cm~	
食物アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 有 具体的に(例:そば)() <input type="checkbox"/> 無
その他、質問・連絡事項	