|  |
| --- |
| 2020年度　一日看護体験参加申込 |
| 氏名 | 　 |
| フリガナ | 　 |
| 年齢 | 　　　　　歳 |
| 性別 | [ ] 　男性　　[ ] 　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　　男性は股下（　　　　　ｃｍ） |
| 白衣のサイズ | [ ] 　S　　[ ] 　M　　[ ] 　L　　[ ] 　LL　　[ ] 　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　　　[ ] 　あり　　　[ ] 　なし　　　「あり」の方はアレルギーの内容を具体的にご記入ください。 |
| 参加の理由・動機 |
| その他、質問・連絡事項 |

横浜保土ケ谷中央病院