|  |  |
| --- | --- |
| 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