

## 2022 年度 一日看護体験参加申込

|   |  |
|---|--|
| 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   男性は股下(   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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし<br>「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   |  |