

2024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
<small>※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～</small>	
食物アレルギー <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <small>「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。</small>	()
参加の理由・動機	
その他、質問・連絡事項	