

高校生一日看護師体験事業 参加申込用紙（校内集約用）

(フリガナ)

氏 名 _____ 学年 _____ 年 _____ 性別 _____ 男性 ・ 女性 _____

該当箇所に☑または記入してください。(※)は必ず記入してください。

これまでの看護師 体験参加の有無 (※)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 *過去1度でも参加したことがある場合は「有」にチェックを入れてください (中止や欠席で参加できなかった場合は「無」としてください)
*受入病院の貸出ユニフォーム準備のため、「ユニフォームのサイズ」「身長」「ウエストサイズ」は 正確に記入してください。 <u>記載がない場合、申込みを受け付けません。</u>	
ユニフォームの サイズ(※)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL <input type="checkbox"/> その他()
身長(※)	cm
ウエストサイズ(※)	cm
第一希望(※)	病院名： _____ 希望日： _____
第二希望	病院名： _____ 希望日： _____
第三希望	病院名： _____ 希望日： _____
現在の進路希望 (※)	<input type="checkbox"/> 看護系大学・大学校・短大 <input type="checkbox"/> 看護系専門学校 <input type="checkbox"/> (看護系大学・短大もしくは専門のいずれにするか) 未定
具体的な希望職業	
備考	

*この用紙は校内での参加申込集約用です。とりまとめ後、申込みは専用フォームからお願いします。