川崎医療生協看護学生担当　松原、木村行き　※ボールペンかサインペンで濃く書いて下さい。

〒210-0804　川崎市川崎区藤崎 4-21-2　4 階　tel044-277-7480　/ fax044-277-7488

★２０１９年春★　看護体験　★申し込み用紙★

ふりがな 氏名　　男・女	生年月日 西暦　　年　　月　　日
★あてはまるものに〇をつけて下さい 中学生　・　高校生　・　社会人	★学校名、学年を記入して下さい。 中学 高校　　年　　組

〒□□□-□□□□　ＴＥＬ：　（　　）　携帯：　（　　）　メール：

住所：

緊急連絡先：　（　　）　続柄（　　）　※当日具合が悪くなった場合にお電話させて頂きます。

★希望日＆体験場所　（　）の中からあてはまる箇所に〇を付けて下さい。

（　病院で体験したい　・　診療所、老健で体験したい　・　両方で体験したい　）

以下、体験案内のカレンダーを参照し、なるべく多くの希望日の記入をお願いします。

※両方で体験したいに〇をつけた方は病院と診療所・老健での体験は同日では行えないため
病院の希望日と診療所・老健の希望日は別日を記入して下さい。

★病院で体験したい、両方で体験したいに〇をつけた方が対象　希望する日にちを記入して下さい。

川崎協同病院　第１希望日：　／　第２希望日：　／　第３希望日：　／

★診療所・老健で体験したい、両方で体験したいに〇をつけた方が対象

診療所・老健　希望する診療所と日にちを記入して下さい。

①[　　診療所・　月　日]　②[　　診療所・　月　日]
③[　　診療所・　月　日]　④[　　診療所・　月　日]
⑤[　　診療所・　月　日]　⑥[　　診療所・　月　日]

白衣サイズ　Ｓ　・　Ｍ　・　Ｌ　・　ＬＬ
（身長：　　ｃｍ）　（男性のみ・ウエストサイズ　　ｃｍ）

★今回の参加の動機と看護師になろうと思ったきっかけ、看護師さんに聞きたいことを記入して下さい。

①川崎医療生活協同組合の１日看護体験に参加するのは？
・今回が初めて　／　・今回で（　　）回目　前回の体験場所（　　）
②川崎医療生活協同組合以外で１日看護体験に参加したことはありますか？
・ない　／　・ある（どこで？　　）
③　②で、「ある」と答えた方はどんな内容の看護体験でしたか？
（　　）

★「看護師・保健師・助産師」を目指していますか？

①絶対になりたいと思っている！　② できればなりたいと思っている。
③まだまだ考え中　④ その他の進路を考えている。（それは何ですか？　　）

※写真の取り扱いについて
体験中に撮影させていただいた写真を「天たま通信」や社内誌、次回以降のご案内などに使用してもよろしいですか？
また、使用の際は個人名や学校名が特定されないよう配慮いたします。

写真の使用を
許可します
許可できません

★川崎医療生活協同組合は、個人情報を適切に管理し、本人の了解なしに第三者に提供等致しません。