

ふれあい看護体験 FAX申し込み書

(1) 参加者名 楷書ではっきりとご記入ください
フリガナもご記入ください

フリガナ
氏名 _____

フリガナ
氏名 _____

フリガナ
氏名 _____

フリガナ
氏名 _____

(2) 在学高校名 楷書ではっきりとご記入ください
フリガナもご記入ください

フリガナ
高校名 _____
学年 _____ 年

(3) ユニフォームのサイズ

S サイズ _____ 枚

M サイズ _____ 枚

L サイズ _____ 枚

LL サイズ _____ 枚

当日のスケジュールは、後日貴校宛に送付させていただきます。
ご不明点、事前相談等、お気軽にお問い合わせください。

責任者
南古谷病院
看護副部長 中根 恩

Tel番号 049-235-7777(代)
FAX番号 049-235-7765
E-mail;nakane@m-hp.com