

病院見学会申し込み用紙

氏名	年齢	歳	男・女	
(〒 -) 住所				
電話番号(携帯含む)	①	()		
	②	()		
免許の種別	正看護師()			
および取得年月日	准看護師()			
白衣のサイズ (ワンピースタイプ) ※S・M・Lから お選びください		着丈	肩幅	胸囲
	S ()	98	38	93
	M ()	100	39	97
	L ()	102	40	101

※白いスニーカータイプの靴をご持参ください。

※希望する病棟にチェックをしてください。 外科系 内科系

※希望する体験(特に強く希望すること)があればご記入ください。

ご記入の上、下記の郵送先・FAX番号までお送りください。
※郵送の際は封筒に【見学会申込用紙在中】とご明記ください。

■応募にあたってご提供頂いた個人情報については、病院見学会への申し込み手続き・採用選考のための資料として利用させていただきます。他の目的に使用する事はありません。また、第三者に開示・提供をする事はありません。



医療法人社団 曙会

流山中央病院

担当 看護部長

住所 千葉県流山市東初石2丁目132-2

電話番号(代表) : 04-7154-5741

FAX番号:04-7155-0450