

ハートフルナーシング申込書

FAX用紙 (0235-24-4310)

送信先：庄内医療生活協同組合

本部総務部 高橋 宛

FAX：0235-24-4310

TEL：0235-33-8155

E-mail：honbu@turuoka-kyoritu-hp.or.jp

申込締切：参加したい月の前月20日まで！

例) 3月に参加したい方は2月20日まで

*E-mailでの申し込みは下記の内容をまれなくご入力、お願いします。

(選択項目には○をつけてください)



きょーちゃん

参加者 氏名	:
看護学校名	:
学年	:
現住所	:
電話番号	:
帰省先住所	:
電話番号	:
希望日	:
体験希望病院	: 鶴岡協立病院 ・ 鶴岡協立リハビリテーション病院 ・ どちらも
希望の実習内容 (詳しく、具体的に):	:
参加の動機	:
白衣のサイズ	: S / M / L / LL