

ふれあい看護体験参加申込書

希望病院 ・希望日	第1希望 第2希望 第3希望 自宅がある市町村の近隣病院	月 日 月 日 希望する・希望しない															
氏 名	フリガナ	学 年															
		市町村 (自宅住所)															
白衣 サイズ	女子：白衣サイズ/身長 / c m 男子：ウエストサイズ/身長 c m/ c m																
学校名																	
担当 教諭名		学校電話番号 () —															
<p>注意点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・担当教諭名・学校電話番号は担当教諭の方が記入してください。 ・申込みは学校を通じて、体験施設あて封書にて郵送をお願いします。 ・郵送は個人単位でも学校単位でも構いませんが、必ず学校を通してください。 ・封筒宛名に「ふれあい看護体験参加申込書」在中を明記してください。 ・女子白衣サイズ（白衣は少し小さめです。余裕を持ったサイズにしてください。） <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>S</th> <th>M</th> <th>L</th> <th>LL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>胸囲</td> <td>90cm</td> <td>94cm</td> <td>98cm</td> <td>104cm</td> </tr> <tr> <td>肩幅</td> <td>37cm</td> <td>38cm</td> <td>39cm</td> <td>41cm</td> </tr> </tbody> </table>				S	M	L	LL	胸囲	90cm	94cm	98cm	104cm	肩幅	37cm	38cm	39cm	41cm
	S	M	L	LL													
胸囲	90cm	94cm	98cm	104cm													
肩幅	37cm	38cm	39cm	41cm													

※ご記入いただいた個人情報につきましては、今回のふれあい看護体験以外の目的には使用しません。

病院記入欄	
病院名 _____	
参加決定	参加不可
参加不可理由 ()	