**国立病院機構熊本南病院**

**申し込み用紙**

|  |  |
| --- | --- |
| 申し込み内容 | 　　　　　希望の方法を選択し○で囲んでください病院見学（　対面　・　Web　） |
| ふりがな氏　名 |  |
| 年齢　性別 | 　　　　　　　歳　　　　　　　　　　　　男　・　女 |
| 看護学校名（大学・専門学校） | 　学年　　　（ 1年 ・ 2年 ・３年 ・４年 ・5年　） |
| 連絡先※項目は、必須記入(申込後、日程、事務連絡のため) | ※携帯電話番号（電話可能時間帯：　　　　　　　　　　　　　　　）　TEL：※メールアドレス　Email：本人住所　　 |
| 希望日時 | 希望の日程を選択し（　）内に○を付けて下さい2月18日（日）（　　）、3月20日（水・祝）（　　）、4月20日（土）（　　）日程についてはご相談に応じたいと思いますので、その際は、ご連絡ください。 |
| 希望する部署 | 希望の順番に（　　）番号をつけて下さい（　　　）1病棟（療養・神経筋難病病棟）　（　　　）3病棟（呼吸器・結核病棟）（　　　）5病棟（外科、一般病棟）（　　　）緩和ケア病棟 |
| 備　考 | その他ご希望、ご要望等があればお書き下さい |