

## 2019年度 ふれあい看護体験応募用紙

該当する箇所に○をつけてください。

区分	社会人（高校生の方は学校でお申し込みください。）
氏名（よみがな）	よみがなを忘れないでください
住所	〒 和歌山県
生年月日	西暦 年 月 日
電話番号	
性別	男性 女性
服のサイズ・身長	S M L 2L 3L（その他）身長 cm
食物アレルギーの有無	有（食品名： ） 無
*上記項目は看護体験当日昼食を用意してくださる施設に情報提供させていただきます。	
第一希望の施設名	
第二希望の施設名	
ふれあい看護体験の応募動機	
体験したい内容 （必ずしも希望した体験ができる限りませんが、あれば記載してください。）	

※この応募用紙の内容は、ふれあい看護体験のためだけに使用し、責任を持って管理いたします。

※応募は1人1枚でお願いします。2枚以上の応募があった場合は全て無効とさせていただきます。

※応募者多数の場合は抽選となります。抽選に漏れた場合、希望施設以外の病院でも参加するとされた方には、ご自宅に近い施設で空きのあるところをこちらで指定させていただきます。

※参加が決定した場合、参加病院へこの情報を提供いたしますのでご了承のうえご応募ください。

※服のサイズは、白衣の準備のためにご記入いただいております。

※和歌山県立医科大学附属病院、日本赤十字社和歌山医療センター、和歌山労災病院は希望が集中するため、第2希望に記入しないでください。（いずれか1つのみ、第1希望で記入してください。）