<　看護師体験　申込用紙　>

**（締切7月12日）**

申込日　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 参加希望日に○を | 8/9　　　　　8/10　　　　　8/17 | | | |
| 氏　　　名 |  | | 性別 |  |
| カ　　　ナ |  | | | |
| 学　校　名 |  | | | |
| 担当教諭氏名 | | | |
| T　E　L　　　　　　　　－　　　－ | | | |
| 学　　　年 | 年 | | | |
| 備　　　考 | |  | | |
|  |  | | | |

※担当教諭氏名：詳細資料を学校宛に郵送する為ﾌﾙﾈｰﾑでお願いします。

※申込用紙に必要事項を記入の上、お申し込みください。（メール・FAXいずれか）



〒399-8292

長野県安曇野市豊科5685番地

TEL0263-72-3170

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX0263-72-2314

[kanｇobu@azumino.jrc.or.jp](mailto:kanｇobu@azumino.jrc.or.jp)

安曇野赤十字病院　看護部