

## 高松市民病院 ふれあい看護体験 参加申込書

氏名	フリガナ
	( 男 ・ 女 )
年齢・学年	才 年生
住所	〒
電話番号	
学校名	
身長、又は服の サイズ	cm ( S ・ M ・ L ・ LL ・ その他 )
参加動機 (○印、もしくは ご記入ください)	楽しそう ・ 興味がある ・ 看護師になりたい その他( )

\* 個人情報の取り扱い: 参加申し込みの際に入手した個人情報は、ふれあい看護体験実施に関する作業のみを目的としています。終了後は責任を持って破棄させていただきます。