

京都博愛会病院

『ふれあい看護体験』

参加申込書

◎学 校 名／
◎担当者氏名／
◎ご 連 絡 先／ (電話) (FAX)
◎E - Mail／ アドレス _____

※白衣等の準備のため、必ずご記入願います。

参加する学生さんの氏名・ふりがな	性別	参加日	服のサイズ	靴サイズ
ふりがな 氏 名	男 ・ 女	<input type="checkbox"/> 7/21 <input type="checkbox"/> 8/9	S・M・L・LL・3L	_____cm
ふりがな 氏 名	男 ・ 女	<input type="checkbox"/> 7/21 <input type="checkbox"/> 8/9	S・M・L・LL・3L	_____cm
ふりがな 氏 名	男 ・ 女	<input type="checkbox"/> 7/21 <input type="checkbox"/> 8/9	S・M・L・LL・3L	_____cm
ふりがな 氏 名	男 ・ 女	<input type="checkbox"/> 7/21 <input type="checkbox"/> 8/9	S・M・L・LL・3L	_____cm

◎その他、ご要望などがございましたら、遠慮なくご記入ください。
.....

☆京都博愛会事務局人事課FAX 075-701-0105
 ☆E-Mailアドレス jinji@kyoto-hakuaikai.or.jp