

# 京都博愛会病院

## 『ふれあい看護体験2013』

### 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
ふりがな		男 ・ 女	<input type="checkbox"/> 7/24 <input type="checkbox"/> 7/31 <input type="checkbox"/> 8/7	S・M・L・LL
氏 名				
ふりがな		男 ・ 女	<input type="checkbox"/> 7/24 <input type="checkbox"/> 7/31 <input type="checkbox"/> 8/7	S・M・L・LL
氏 名				
ふりがな		男 ・ 女	<input type="checkbox"/> 7/24 <input type="checkbox"/> 7/31 <input type="checkbox"/> 8/7	S・M・L・LL
氏 名				
ふりがな		男 ・ 女	<input type="checkbox"/> 7/24 <input type="checkbox"/> 7/31 <input type="checkbox"/> 8/7	S・M・L・LL
氏 名				

◎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 F A X 075-701-0105

☆E-Mailアドレス jinji@kyoto-hakuaikai.or.jp