吉備高原医療リハビリテーションセンター

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　看護部担当：植村　行

**令和6年度「ふれあい看護体験」参加申込み書**

下記内容をご記入の上、FAXにてお申込みください。（送付状不要）

参加者の可否は、7月12日（金）13時までに連絡させていただきます。

**FAX番号：0866-56-7772**

申込み締切り：令和6年７月5日（金）17：00必着

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 学校名 |  | | | |
| 申込担当者 |  | | | |
| 連絡先 | TEL（　　　　　－　　　　　－　　　　　　）  FAX（　　　　　－　　　　　－　　　　　　） | | | |
| 申込者 | 氏名 | 希望日 | 学年 | 服のサイズ |
| ふりがな  氏　名 | ８月20日  ８月21日 |  | S・M・L・LL  □　ワンピース希望 |
| ふりがな  氏　名 | ８月20日  ８月21日 |  | S・M・L・LL  □　ワンピース希望 |
| ふりがな  氏　名 | ８月２0日  ８月21日 |  | S・M・L・LL  □　ワンピース希望 |
| 交通手段 | 自家用車　　　　・　　バス　　・　その他（　　　　　　　　　　　） | | | |

＊ワンピースタイプの白衣希望方は、チェックボックスにチェックしてください

＊個人情報は、「ふれあい看護体験」参加申込み受付としてのみ使用いたします。

【問い合わせ先】

〒716-1241

岡山県加賀郡吉備中央町吉川7511

吉備高原医療リハビリテーションセンター

担当：看護部　看護副部長　植村　弘恵

TEL：0866-56-7141／FAX：0866-56-7772