令和８年度

看護体験　参加申し込み書(ＦＡＸ送付状)

学校名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申し込み日時　　2026 年　　月　　日

参加希望者名　　☆複数名の参加の場合は住所記入は不要です。(下記※参照)

氏名	学年	住所	連絡先	保護者同伴
				有・無
				有・無
				有・無
				有・無
				有・無

※後日、集合場所などの詳細を郵送しますので個人宅へ郵送希望の場合住所の記入もお願いします。
複数名の参加の場合は、学校に一括郵送とし、個人への発送は致しませんのでご了承ください。
学校一括郵送の際は住所記入は不要です。下記に担当者名の記入をお願いします。

(　学校へ郵送の際の　担当者　　様宛て　)

その他、ご質問があれば記入してください。

申し込み締め切り(　12 月 10 日　)

ＦＡＸ　0957-36-1027

愛野記念病院　担当　看護部岡田　行き