

一日看護体験FAX申し込み用紙

Fax番号 046-849-7743

久里浜医療センター看護部宛

★個人情報のため番号をよく確認して送ってください

学校名

担当者

アドレス

日程 7月29日(火)

7月30日(水)

8月5日(火)

8月6日(水)

各学校でとりまとめて申し込みをお願いします

希望日	氏名	白衣のサイズ(S, M, L, LL)