

地域医療魚沼学校オープンホスピタル（小出病院職場体験）申込書

年 月 日

地域医療魚沼学校長 様

(学校名)
 (代表者) 住 所
 氏 名
 電話番号
 (担当者) 氏 名

下記のとおりオープンホスピタル（小出病院職場体験）を実施したいので申し込みます。

記

内 容	オープンホスピタル（小出病院職場体験）		
希 望 日 時	1 日 目	月 日 () 時 分 ~ 時 分	
	2 日 目	月 日 () 時 分 ~ 時 分	
	3 日 目	月 日 () 時 分 ~ 時 分	
	生徒氏名	学 年	性 別
		年	男 ・ 女
		年	男 ・ 女
		年	男 ・ 女
		年	男 ・ 女
		年	男 ・ 女
		年	男 ・ 女
備 考	(実施にあたって特別の要望等がある場合は記入してください。)		

体験時はユニフォームを着用いただくため、身長を記入してください。
 業務の関係上、日時等でご要望に沿えない場合もありますので、あらかじめご了承ください。