

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	ユニフォームサイズ (S・M・L・LL)
	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。)		

(注意)

- ・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。
- ・体験時は運動着の上にユニフォームを着用いただくため、サイズを記入してください。
- ・終了後、同封の「地域医療魚沼学校オープンホスピタル（病院職場体験）実施報告書」を提出してください。