

【高校生 1 日医療・福祉スタッフ体験参加申込書】

ふりがな		性別	生年月日		
氏名		男	平成	年	月 日
		女	保護者氏名	(ご職業:)	
学校名	高校 年 組 所属クラブ()				
連絡先	〒 - 携帯電話番号 () 自宅電話 ()				

※体験当日なにかあった際に連絡が必要なため、可能な限りご本人と連絡のつく電話番号の記入をお願いします。

希望職種	<ul style="list-style-type: none"> 希望する職種を選び○をつけて下さい。一枚の申込用紙で申し込める体験は一つです。 過去に当院の体験に参加されたことがある方は、何回目になるか記入して下さい。 リハビリスタッフ体験希望の方は、希望する体験内容についても○をつけてください。 			
	<input type="radio"/>	医師体験 (初めて・ 回目)	<input type="radio"/>	薬剤師体験 (初めて・ 回目)
	<input type="radio"/>	看護師体験 (初めて・ 回目)	<input type="radio"/>	介護職体験 (初めて・ 回目)
	<input type="radio"/>	リハビリスタッフ体験 (初めて・ 回目)	<input type="radio"/> 理学療法士 <input type="radio"/> 作業療法士 <input type="radio"/> 言語聴覚士 ※リハは、上記 3 種類から希望の体験 1 つを選択し必ず○をつけてください。	

参加 できる日	・希望職種の中から参加可能な日にちをすべて選んで、□の中に✓をつけてください。				
	医師体験	<input type="checkbox"/> 8月 1日(水)	<input type="checkbox"/> 8月 6日(月)		
	看護師体験	<input type="checkbox"/> 7月 31日(火)	<input type="checkbox"/> 8月 1日(水)	<input type="checkbox"/> 8月 2日(木)	<input type="checkbox"/> 8月 3日(金)
	薬剤師体験	<input type="checkbox"/> 7月 24日(火)			
	リハスタッフ体験	<input type="checkbox"/> 7月 24日(火)	<input type="checkbox"/> 7月 26日(木)		
	介護職体験	<input type="checkbox"/> 7月 26日(木)	<input type="checkbox"/> 7月 27日(金)		
服の サイズ	S M L LL 身長(cm) 白衣準備の参考にします。リハスタッフ体験・介護職体験の方は、ジャージを持参してください。				

アンケート①	①体験では特にどんなことをしてみたいですか？ ②進路・受験について当日相談したいことがあれば、ご記入ください。 ③医師・専門職に何か聞いてみたいことがあれば、職種と質問をご記入ください。
アンケート② (任意)	福島県民医連では、医学生・薬学生・看護学生の奨学金制度があります。 ①今後、奨学金の希望はありますか？ A. 希望している(月額 円程度) B. 希望していない C. 現在のところわからない

※ご記入いただいた個人情報は「高校生一日医療・介護スタッフ体験」の運営を利用目的としています。
 また、医師・看護師体験の参加者には、3年生時に当院で開催する面接教室のご案内を送付させていただいております。
 医療生協わたり病院