

【2024年夏季高校生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 () メールアドレス ()				

※体験当日に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	・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。			
	<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)

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7日(水)	<input type="checkbox"/> 8月8日(木)	
	看護師体験	<input type="checkbox"/> 7月30日(火)	<input type="checkbox"/> 7月31日(水)	
		<input type="checkbox"/> 8月1日(木)		
	薬剤師体験	<input type="checkbox"/> 7月24日(水)	<input type="checkbox"/> 7月25日(木)	
介護職体験	<input type="checkbox"/> 8月6日(火)	<input type="checkbox"/> 8月7日(水)		
服の サイズ	S M L LL 白衣準備の参考にします。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 ②医学生・看護学生の奨学金制度説明会を体験終了後に実施する予定です。(30分程度の予定) A. 参加する B. 参加しない

※ご記入いただいた個人情報は「高校生一日医療・福祉スタッフ体験」の運営を利用目的としています。

申込先: 〒960-8141 福島県福島市渡利字中江町 34 番地
医療生協わたり病院 1日医療スタッフ体験係

FAX 024-521-1979

医療生協わたり病院