

【2026年夏季高校生一日医療・福祉スタッフ体験参加申込書】

開催：医療生協わたり病院

ふりがな		性別	保護者氏名	
氏名		男	ご職業（任意）	
		女	緊急連絡先（※）	
学校名	高校 年 組 所属クラブ（ ）			
連絡先	〒 -			
	携帯電話（ ） メールアドレス（ ）			
保護者・親権者の方に同意は得ましたか？ （同意がない場合は参加することができません。）			はい （同意を得た場合は○を付けてください）	

（※）体験当日なにかあった際、保護者の方へ連絡する際に使用いたします。

希望する職種 参加できる日	<b>希望職種の中から参加可能な日にちを全て選んで、□の中に✓をつけて下さい。</b>		
	医師体験	<input type="checkbox"/> 7月28日（火）	<input type="checkbox"/> 8月4日（火）
	看護師体験	<input type="checkbox"/> 7月30日（木）	<input type="checkbox"/> 7月31日（金）
	薬剤師体験	<input type="checkbox"/> 7月28日（火）	<input type="checkbox"/> 7月30日（木）
	介護福祉士体験	<input type="checkbox"/> 8月5日（水）	<input type="checkbox"/> 8月6日（木）
	診療放射線技師・臨床検査技師体験	<input type="checkbox"/> 8月3日（月）	<input type="checkbox"/> 8月10日（月）
服のサイズ	S M L LL（ ） 白衣の準備をいたします。介護福祉士体験の方は、ジャージを持参してください。		

アンケート①	<p>① 体験当日では特にどんなことをしてみたいですか？</p> <p>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。</p> <p>③ 医療従事者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。</p>
アンケート②	<p>医療生協わたり病院が所属する福島県民医連では、奨学金制度があります。 奨学金制度説明会を体験終了後、30分程度の実施を予定しております。 （医師体験・看護師体験のみ）</p> <p><input type="checkbox"/> 参加を希望する →保護者の方も同席を希望しますか？ <input type="checkbox"/>希望する <input type="checkbox"/>希望しない</p> <p><input type="checkbox"/> 参加を希望しない</p>

※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」の運営利用を目的としています。

申込〆切：7月3日（金）

申込先：〒960-8141 福島県福島市渡利字中江町 34  
医療生協わたり病院 1日医療・福祉スタッフ体験係  
TEL：024-521-2056（病院代表） FAX：024-521-1979