

平成29年度

## 『武田病院グループふれあい看護体験』参加申込書

学校名：

---

ご担当者： 連絡先電話番号（ ） ー

---

番号	(フリガナ) 体験希望者名	年齢	性別	日中連絡がつくID番号	学年	身長	服のサイズ		希望病院・日時
							S・M・L表記	号表記	
1									
2									
3									
4									
5									

※ 個人情報の取り扱いについて、当グループの個人情報保護規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切におこないます。

※ 本申し込みに際して得た個人情報は、研修会運営のために用い、これ以外の目的で利用しません。

送付先： 武田病院グループ本部 看護部人材センター 宛

FAX： 075 - 353 - 3839