令和　6年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 | （　男　・　女　） |
| 生年月日 | 　　　年　　　　月　　　　日生　（満　　　歳） |
| 在籍校名 |  |
| 看護師及び助産師等養成機関卒業見込み年月 | 令和　　　年　　　月　卒業見込み |
| 現住所 | 〒　　　－　　　　　　TEL　　　　－　　　　－　　　　 |
| 平日日中の連絡先 | 当院から連絡を差し上げる場合があります。連絡のつきやすい番号を記入ください。TEL　　　　　－　　　　　－　　　　　　（自宅・携帯・（　　　　）） |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | ＠ |
| 参加希望時間※下記の時間枠から選んでください。 | 第１希望（　　　：　　　～　　　：　　　）第２希望（　　　：　　　～　　　：　　　） |
| 事前に質問があれば記載してください。 |  |

≪開催時間枠≫　※１枠５～７名程度を予定しております。

 ※定員（先着順）になり次第、締め切ります。

1. １０：００～１０：２０
2. １０：３０～１０：５０
3. １１：００～１１：２０
4. １１：３０～１１：５０