下記用紙に必要事項をご記入し、下記連絡先へFAX、またはメールでお送りください。

【締め切り　7月22日（月）　１７時まで】

埼玉メディカルセンター

ふれあい看護体験　担当宛

**ふれあい看護体験2024参加申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 年　齢 | 歳 |
| 性　別 | 男　・　女 |
| 学校名 |  |
| 白衣サイズ | S　・　M　・　L　・　LL |
| 連絡先 | 電話番号：  ※日中連絡可能な連絡先をお願いいたします。  E-mail： |

【連絡先】

JCHO埼玉メディカルセンター

〒330-0074

埼玉県さいたま市浦和区北浦和4-9-3

TEL　　048-832-4951

FAX　　048-833-7527

E-mail　kango＠saitama.jcho.go.jp