申込日：令和　　年　月　日

**ふれあい看護体験２０２１申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 体験希望施設名 |  | 施設担当者名 |
|  |
| 申込学校名 |  |
| 連絡先 | 住所 | 〒 |
| ご担当者 | 氏名　 | 役職　 |
| 電話 |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |

※選考の場合は、施設の方で調整します。**優先順位の高い順**に記名してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 日付 | 学年 | 氏名 | ふりがな | 性別 | 服のサイズ |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |