

柿崎病院看護師体験 申込書

新潟県立柿崎病院長 様

申込日 令和 年 月 日

申請者

学校名・学年

氏^{ふりがな}名

生年月日

住 所

新潟県立柿崎病院看護師体験につきまして、承認されたく申請します。

1 希望日(申込日から2週間以上経過した日) 土・日・祝日は除く

① 月 日 () ② 月 日 () ③ 月 日 ()

2 当院での実習経験の有無 有 ・ 無

(実習した病棟 _____ 時期 _____)

3 看護師体験への参加目的・抱負

4 ご質問・ご要望など

5 連絡できる電話番号と時間帯

優先① 電話番号 (- -) 時間帯 (: ~ :)

優先② 電話番号 (- -) 時間帯 (: ~ :)

注1 希望日の2週間以上前に申込書を提出してください。

2 新型コロナ感染症の感染拡大防止のため、参加日当日は別紙「健康申告書」を提出してください。3 参加日当日は、個人情報保護に関する別紙「誓約書」を提出してください。