高知医療センター

令和3年4月24日　病院説明会（オンライン開催）　申込書

申込期限：令和3年3月25日（木）

※メールに添付のうえ、kango\_1@khsc.or.jp宛に送信してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 性別 | 男　　　　・　　　　女 | | | | | | |
| 現住所 |  | | | | | | |
| 学校名 | 所在地：  名称： | | | | 学年 | 年 | |
| メールアドレス  （PCアドレスが  望ましい） | ※当院ドメイン（@khsc.or.jp）を受信できるように設定をお願いします。 | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | |
| 希望時間 | 令和3年4月24日（土）　※希望時間を黒く塗ってください。 | | | | | | |
| □ | 1. 10時～12時 | □ | ②　14時～16時 | | |
| 知りたいこと、先輩看護師への質問など | ※新人看護師研修について　など | | | | | | |