高知医療センター　病院説明会（オンライン開催）　申込書

申込日：令和4年　月　　日（　　）

※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 | □ | 1. 令和4年3月12日（土）10時～12時
 |
| □ | ②　　令和4年3月12日（土）14時～16時 |
| □ | ③　　令和4年4月23日（土）10時～12時 |
| □ | ④　　令和4年4月23日（土）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 |