

## 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<br>氏 名                   |   |                        |   |
| 性別                            | 男            ·            女             |                        |   |
| 現住所                           |   |                        |   |
| 学校名                           | 所在地：<br><br>名称：                         | 学年                     | 年 |
| メールアドレス<br>(PC アドレスが<br>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                          | <input type="checkbox"/>                | ① 令和4年3月12日(土) 10時~12時 |   |
|                               | <input type="checkbox"/>                | ② 令和4年3月12日(土) 14時~16時 |   |
|                               | <input type="checkbox"/>                | ③ 令和4年4月23日(土) 10時~12時 |   |
|                               | <input type="checkbox"/>                | ④ 令和4年4月23日(土) 14時~16時 |   |
| 知りたいこと、<br>先輩看護師への<br>質問など    | ※新人看護師研修について など                         |                        |   |