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５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５年3月11日（土）9時30分～11時30分 |
| □ | ②　令和５年4月22日（土）14時～16時 |
| 知りたいこと、先輩看護師への質問など |  |