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：2024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　2024年3月9日（土）9時30分～11時30分 | | |
| □ | ②　2024年4月20日（土）14時～16時 | | |
| 知りたいこと、先輩看護師への質問など |  | | | | |