

独) 国立病院機構 箱根病院 (神経筋・難病医療センター)

平成 30 年度

一日看護体験のご案内

- 日 時 7月23日(月) 10:00~15:00 (受付 9:45~)
7月24日(火) //
- 7月25日(水) //
- 7月26日(木) //

- 場 所 独立行政法人国立病院機構 箱根病院
(神経筋・難病医療センター)
神経内科、筋ジストロフィーの病棟

- 参加対象者 高校生 (約 10 名/日) とその保護者

* 保護者のみの参加希望の方は直接病院にお問い合わせください。

* 各校 10 名以内。但し、10 名以内であっても定員を超える場合は、お断りさせていただきます。

- 締め切り 6月29日(金)

- 申し込み方法

別紙の一日看護体験申込書に必要事項を記載の上、Fax 又は電話、メール、郵送でお申込みください。

- 申し込み先

独立行政法人国立病院機構 箱根病院


副看護部長 大橋 純子

Tel : 0465-22 - 3196 (代)内線 1115

Fax : 0465-23-1167

e-mail : 221sy01@hosp.go.jp





一日看護体験参加に向けてのお願い

<身だしなみについて>

当日はユニフォーム（白衣）を着用していただく関係で、白衣にふさわしい身だしなみが必要です。

- 髪の長い方は、後ろで一つにまとめ、ピンで上に止めてください。
- 爪は短く切り、マニキュア、指輪の使用は控えてください。


<昼食について>

各自で用意してきてください。売店を利用することもできます。
また、朝食を必ず済ませて、体調を整えましょう。

<持参していただくもの>

- 白い上履き（白のスニーカーのようなものでも結構です）
- 白いソックス
- 昼食

★当日は、午前9時45分までに正面玄関にお越しください。



一日看護体験 申込書

申込日： 平成 30 年 月 日

学校名： _____

(ふりがな)

申込者名 (学校ご担当者)： _____

電話番号： _____ () _____

参加日： 7/23日(月) 24日(火) 25日(水) 26日(木)

いずれかにチェック (し) してください

(ふりがな) 氏名	学 年	白衣サイズ (○を付けてください) SMLサイズ以外は備考欄へ			性別	保護者参加 (参加は○)	備考
		S	M	L			
		S	M	L	男・女		
		S	M	L	男・女		
		S	M	L	男・女		
		S	M	L	男・女		
		S	M	L	男・女		

*お名前間違いやすい漢字は、丁寧にご記入ください。(名札作成のため)

*お名前にふりがなを必ずふってください。

*白衣のサイズは、いつも着用しているサイズに○印をご記入ください。

*S・M・Lサイズ以外の方は、備考欄にご記入ください。

*申込者多数の場合は、日程の変更等のご連絡をさせていただく場合がございます。

〒250-0032 神奈川県小田原市風祭 412

独立行政法人国立病院機構 箱根病院 副看護部長 大橋 純子

Tel 0465-22-3196 (代)内線 1115 Fax 0465-23-1167

e-mail 221sy01@hosp.go.jp