病院説明会（対面・オンライン同時開催）申込書

|  |  |
| --- | --- |
| (フリガナ）  氏　名 |  |
|  |
| 学校名 |  |
| 学年 |  |
| 連絡先 | TEL  Mail |
| 希望日  参加希望日に○をつけてください。 | １．７月２５日（木）　　１３：００～１６：００  ２．７月２９日（月）　　１３：００～１６：００  ３．８月　５日（月）　　１３：００～１６：００  ４．８月１３日（火）　　１３：００～１６：００ |
| 希望する プログラム  参加希望するプログラムに○をつけてください。（複数可） | １．対面  病院・看護部の説明、教育研修、病棟見学  （１３：００～１６：００）  ２．オンライン（Web会議アプリケーションZOOMを使用）  病院・看護部の説明、教育研修  　　　　　　　　　　　　　（１３：００～１３：５０） |
| **対面のみ**  希望する病棟  ※病棟見学、体験の希望部署を記載してください。 | ①  ②  ③   * 調整のため３箇所まで記入してください |

※この申請書に必要事項を記載の上、メールにデータを添付して申込ください。

※参加の可否および参加内容の詳細については後日、メールにて連絡いたします。

≪問い合わせ先≫

旭川医科大学病院看護部　担当：黒崎

Ｅ-mail a-kuro@asahikawa-med.ac.jp

TEL：0166-69-3602、FAX：0166-69-3609