

申込み先：FAX 0568-88-0964

〒480-0392 愛知県春日井市神屋町713-8

愛知県医療療育総合センター 療育支援センター 地域支援課 児童精神支援グループ行

## 令和3年度第2回病院説明会参加申込書

申込み締切：令和3年7月7日(水) 必着

※必要事項を記入し、該当項目に○をつけてください。

ふりがな		男・女	生年月日	昭和	・	平成
氏名			年	月	日生	(才)
学校名		学年		年		
		卒業年		年	卒業予定	・卒業
住所	〒					
電話						
携帯電話						
参加希望日	8月5日(木) ( )午前 ( )午後 ※第一希望は①第二希望は②と数字を明記してください ※都合が悪い時間には×を記入してください					
現在、愛知県医療療育総合センターへ就職したいと考えていますか？ ( )はい ( )いいえ ( )考慮中 理由：						
今までに愛知県医療療育総合センターで実習、見学、インターンシップ等に参加したことがありますか。 ( )実習 ( )見学 ( )インターンシップ ( )その他						
既往歴 予防接種 の確認	麻疹(済・未・ワクチン) 水痘(済・未・ワクチン) 風疹(済・未・ワクチン) 流行性耳下腺炎(済・未・ワクチン)					