

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 医療的ケア児支援グループ行

令和4年度第2回病院説明・見学会参加申込書

申込み締切：令和4年7月11日（月）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			生年月日	昭和	・	平成
氏名		男・女	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				
メールアドレス	※わかりやすい文字で丁寧に記入してください。例えば0の場合、数字かローマ字かがわかるように記載してください。					
参加希望	8月8日（月） () 午前 () 午後		※第一希望は①第二希望は②と数字を明記し、都合が悪い時には×を記入してください。			
	8月9日（火） () 午前 () 午後					
	病棟見学が中止となった場合にも参加を希望されますか () はい () いいえ		※病棟見学が中止となった場合は、PowerPointで病棟の様子わかる写真を見ながら概要説明をした後、病棟の先輩看護師と意見交換会を行います。			
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の実習や説明会等に参加したことがありますか。また、それはいつですか。 () 実習 () 説明会 () その他 ⇐○の場合 年 月頃						
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）					