

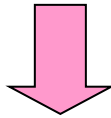
## 【一日訪問看護体験】参加申込書

ふりがな 氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳
学校名					
学年					
本人 住所及び連絡先	〒 連絡先（電話等）				
緊急連絡先	電話	氏名（続柄）	（ ）		
参加希望日	<input type="checkbox"/> 令和6年 8月 2日（金） <input type="checkbox"/> 令和6年 8月 9日（金）				
ユニフォームのサイズ	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L				

令和 6 年 月 日

私は、「一日訪問看護体験」に参加を希望するので、上記のとおり申込みます。

参加申込書は、下記に  
郵送・FAXまたは  
ご持参ください。



- ・〒246-0022  
横浜市瀬谷区三ツ境73-7  
（株）アイシマ 看護部
- ・FAX 045-360-3512

問い合わせ先 （株）アイシマ 看護部  
電話 045-363-8121  
担当 野水・安城