別紙２

看護師体験申込書

新 潟 県 立 十 日 町 病 院

院 長　 清 﨑 浩 一　 様

申請者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学校名 |  | 学年 | 学年 |
|  |  | 性別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | Ｓ・Ｈ　　　年　　月　　日 |
| 住所 |  | | |

新潟県立十日町病院において看護師体験の申込みを承認されたく、申請をいたします。

記

１．看護師体験希望日

　１）　　月　　　日（　　）

　２）　　月　　　日（　　）

３）　　月　　　日（　　）

２．当院における実習経験

　１）あり　（実習病棟：　　　　、実習時期：　　　　　　）

　２）なし

３．看護師体験の参加目的・抱負など

４．連絡できる電話番号または携帯番号と時間帯

　１）　　　　－　　　　－　　　　　　　時間帯（　　：　　～　　：　　）

　２）　　　　－　　　　－　　　　　　　時間帯（　　：　　～　　：　　）