

送信先 FAX 番号  
048-769-5347

国立病院機構東埼玉病院 看護部 行

応募締め切り：令和3年7月13日（火）  
\*応募者多数の場合は、先着順にさせていただきます。

【ふれあい看護体験申し込み票】

学校名	
担当教諭ご氏名	
連絡先電話番号	
FAX 番号	

\*各学校3名までとさせていただきます。

	氏名	白衣希望 サイズ S/M/L/LL/ 3L/4L	男性 ウエスト サイズ (cm)	罹患状況 (罹患した疾患に○をつ ける)	予防接種 (接種した疾患に○をつ ける)
1				麻疹・風疹・水痘・おたふく	麻疹・風疹・水痘・おたふく
2				麻疹・風疹・水痘・おたふく	麻疹・風疹・水痘・おたふく
3				麻疹・風疹・水痘・おたふく	麻疹・風疹・水痘・おたふく

\*参加者が決定いたしましたら、学校にお知らせいたします。