済生会横浜市東部病院

看護フェスティバル2017　参加申込用紙

送信先

済生会横浜市東部病院

ＦＡＸ：045-576-3525

　 (東部病院代表)

看護部　早川　宛

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）  お名前 |  |
| ご連絡先 | ご住所：〒 |
| お電話・ＦＡＸ： |
| 年齢・性別･服サイズ | 年齢：　　　　　歳　　　　　　　性別：　　男　　　女  　服サイズ：　ＳＳ　　　Ｓ　　　Ｍ　　　Ｌ　　　ＬＬ  ＊ﾕﾆﾌｫｰﾑを準備する関係上、該当ｻｲｽﾞに○をご記入ください。 |
| 学校名  学年 | 中学校　　　　年生  　　　　　　　　　　　　　高等学校　　　年生 |

申込締切：先着30名に達した時点で締め切らせて頂きます。

**申込に際しまして得た個人情報は、看護フェスティバルの実施運営に関する**

**作業のみを目的として使用致します。**