

新潟県立中央病院看護師体験 申込書

新潟県立中央病院長 様

申込日 令和 年 月 日

申請者

学校名・学年

性別・生年月日

ふりがな
氏名

住所※看護師体験へ向かう出発地点の住所

新潟県立中央病院看護師体験につきまして、承認されたく申請します。

1 希望日（申込日から2週間以上経過した日）

① 月 日（ ） ② 月 日（ ） ③ 月 日（ ）

2 当院での実習経験の有無

有 ・ 無

（実習した病棟_____時期_____）

3 看護師体験への参加目的・抱負

4 ご質問・ご要望など

5 連絡できる電話番号と時間帯

優先① 電話番号（ - - ）時間帯（ : ~ : ）

優先② 電話番号（ - - ）時間帯（ : ~ : ）

注1 希望日の2週間以上前に申込書を提出してください。

2 新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、希望日の2週間前から健康チェックを行い、参加日当日は別紙「健康申告書」を提出してください。

3 緊急事態宣言が発令されている都道府県にお住まいの方は御遠慮ください。

4 参加日当日は、必ずマスクを着用してください。

5 参加日当日は、個人情報保護に関する別紙「誓約書」を提出してください。