

高校3年生のみなさん、「一日看護体験」に参加しませんか

《日時》 平成29年8月3日(木) 9:00~15:00

《集合場所》 神奈川県立こども医療センター 講堂

《受付開始時間》 8:45

《実施内容》 *病棟での看護体験や院内見学、先輩看護師との交流



*** 感染症にかかったことがある方、予防接種を受けている方に限り参加ができます。**
 看護体験では入院中のこどもと一緒に過ごす時間があります。こども達の多くは感染に対する抵抗力が低下しています。そのため、事前に感染症のチェックをさせていただきます。
 以下の参加申込用紙に内容をもれなくご記入の上、お送りください。

----- キ リ ト リ 線 -----

一日看護体験参加申込書

「一日看護体験」の参加を申し込みます

2017年 月 日 記載

ふりがな 氏名		男・女	高等学校	年
住所	郵便番号 ()			
連絡先電話番号				

1. 「感染症にかかったことがあるか・ないか」と「予防接種を受けたか・受けていないか」についてお聞かせください。

はしか (麻疹)	かかったこと	あり	なし	※ <u>必ず母子手帳及びご家族に確認の上、ご記入ください。</u> ※ 感染症にかかったことがなく、予防接種を受けていない方は、予防接種をお願い致します。
	予防接種	あり	なし	
水ぼうそう (水痘)	かかったこと	あり	なし	
	予防接種	あり	なし	
おたふくかぜ (流行性耳下炎)	かかったこと	あり	なし	
	予防接種	あり	なし	
三日ばしか (風疹)	かかったこと	あり	なし	
	予防接種	あり	なし	

2. 1ヶ月以内に、学校やご近所で下記の病気が流行しましたか？

はしか(麻疹)	はい	いいえ	※ 当日、体調が悪い方は参加できません。 あらかじめご了承ください。
水ぼうそう(水痘)	はい	いいえ	
おたふくかぜ(流行性耳下炎)	はい	いいえ	
三日ばしか(風疹)	はい	いいえ	

3. ユニホームを準備しますので、サイズを○で囲んで下さい。

・女性用ワンピース

(S ・ M ・ L ・ LL)

・男性用ユニホームの方は、身長を記入して下さい。

() センチ

※ 何かありましたら、下記の余白にご記入下さい。

※ 参加申込書に書かれた内容は、一日看護体験のみ使用させていただきます。