**令和4年度　就職説明会・病院見学　申し込み用紙**

記入の上郵送、FAX、またはEメール添付にて送ってください。病院（代表）FAX03-3260-7840

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 応募者 | フリガナ氏名 | 　　　 | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | （西暦　　　　　年）S ・H　　　年　　月　　日（　　　歳） |
| 学校名 |  |
| 卒業年 | 1．　　　　　年　　　月　　卒業見込み　2．　　　　　　年卒業 |
| 取得（予定）免許 | 正看護師　・　准看護師　・　保健師　・　助産師 |
| 参加希望日 | 番号に○を付けてください | 1 | ５月１２日（木） | 4 | ８月　４日（木） |
| 2 | ６月　９日（木） | 5 | 　８月１８日（木） |
| 3 | ７月１４日（木） |  |  |
| 連絡先 | 住所 | 〒 |
| 電話 | 　　　　　　　（　　　　　） |
| 携帯番号 |  | FAX | 有・無 |
| メールアドレス | 　　　　　　　　　　＠ |
| 見学を希望する部署等 |  |
| その他連絡・希望事項 | 自由に記入してください(中途採用希望者は就業可能（希望）時期もお願いします) |

※当日の持ち物は筆記用具の他特になりません。（ナースシューズは必要ありません）

＊お問い合わせ電話受付時間　　平日　8：30　～17：00

JCHO東京新宿メディカルセンター　看護部　担当　堂園

〒162-0821新宿区津久戸町５番１号 電話（代表）03-3269-8111　　FAX:03-3260-7840

Mail:tsm-kengaku@shinjuku.jcho.go.jp 　　ホームページ www.tkn-hosp.gr.jp/