



オンライン説明会・病院見学のご案内

～笑顔あふれる看護を感じてみませんか？～

開催日時：2月13日(土)・2月27日(土)
10時～・11時～・12時～
対象：看護学生

《内容》

1. 病院概要説明
2. 教育システム
3. 奨学金制度について

ご希望日の1週間前までに電話か
FAX・メールでお申し込みください。
申し込み完了につきましては、
こちらから、電話かメールにて
連絡いたします。

<開催方法は、AまたはBを選択してください。>

A.オンライン説明会:45分

- ①希望する日時、氏名、学校名、学年、住所、連絡先をメールか、お電話でお申し込みください。
- ②Zoomアプリを使用します。

B.病院見学:30分～45分(状況により開催方法変更の可能性があります)

- ①希望する日時、氏名、学校名、学年、住所、連絡先をメールか、お電話でお申し込みください。
- ②直接来院して頂き、感染対策を行い開催します。

◎サージカルマスクの着用をお願いします。

<申し込み・お問い合わせ先>

横浜市金沢区並木2-8-1

医療法人社団協友会

横浜なみきリハビリテーション病院

☎ 045-788-0031

FAX 045-788-0032

看護部 牛腸(ごちょう)

Mail:kango-bu@ynrh.jp



看護部紹介動画こちら

B.病院見学の場合

※交通費支給あり(県外の方は事前にご相談ください)

※参加当日に、体温チェック及び1週間前からの健康状態を確認させて頂いております。

※上記日程以外でも、随時受け付けています。

横浜なみきリハビリテーション病院 オンライン説明会・病院見学参加申込書

☎ : 045-788-0031 FAX : 045-788-0032

	参加希望日	希望の時間・開催方法 ※開催方法に○をつけてください
第一希望	____月 ____日 (____)	____時～ A・B
第二希望	____月 ____日 (____)	____時～ A・B

※□欄には✓でご記入ください

ふりがな			年齢
氏名	□男 □女		歳
住所	〒 _____		
病院までの交通手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 電車（京急線・シーサイド） <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他（_____）		
連絡先	TEL	mail	
	(名称)		(学科・学部)
学校名	(学年)	年	月卒業予定
参加動機（参加にあたり、希望や要望などをお書きください）			
この企画を何で知りましたか			
<input type="checkbox"/> 当院のホームページ <input type="checkbox"/> 学校からの紹介 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> その他（_____）			

※上記内容をご記入の上、電話またはFAXもしくはメールでのお申し込みをお願いいたします。

◎申し込みの完了につきましては、こちらからお電話かメールにて連絡させていただきます。

【申し込み先】

横浜なみきリハビリテーション病院
 担当 看護部 牛腸（ごちょう）
 メール kango-bu@ynrh.jp