



# 病院見学・オンライン説明会 参加者募集！

開催日時：2024年

4月 20日(土)	9:30～10:15	A.オンライン
	11:00～11:45	B.病院見学
5月 25日(土)	9:30～10:15	A.オンライン
	11:00～11:45	B.病院見学

## 《内 容》

1. 病院概要説明
2. 教育システム
3. 先輩ナースに聞いてみよう！

申し込み完了につきましては、  
こちらからメールにて連絡いたします。  
【締切】病院見学・インターンシップ4日前  
オンライン説明会3日前まで

## A. オンライン説明会：45分

- ①下記のQRコードからお申し込みください。あるいは、直接当院にメールかお電話で、希望の日時・氏名・学年をお知らせください。
- ②Zoomアプリを使用してオンラインでご説明します。

## B. 病院見学：45分

- ①下記のQRコードからお申し込みください。あるいは、直接当院にメールかお電話で、希望の日時・氏名・学年をお知らせください。
- ②当日は、直接来院していただき感染対策を行い開催します。

### <申し込み・お問い合わせ先>



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

横浜市金沢区並木2-8-1 ☎ 045-788-0031

FAX 045-370-7639

Mail : kango-bu@ynrh.jp

看護部 櫻村(かしむら)

お申し込みは  
こちら！

なみりハに  
来てね～！



横浜なみきリハビリテーション病院 見学・オンライン説明会申込書

☎ : 045-788-0031 FAX : 045-370-7639

	参加希望日	希望の開始時間・開催方法 ※開催方法に○をつけてください
第一希望	月 日 ( ) _____ : _____ ~	A B オンライン・病院見学
第二希望	月 日 ( ) _____ : _____ ~	A B オンライン・病院見学

※□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	
学校名	(名称)		(学科・学部)
	(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 榎村（かしむら）

メール kango-bu@ynrh.jp