

# 病院見学・ オンライン説明会のご案内

開催日時：2024年

|           |             |         |
|-----------|-------------|---------|
| 1月 27日(土) | 9:00~9:45   | A.オンライン |
|           | 10:00~10:45 | B.病院見学  |
| 2月 17日(土) | 9:30~10:15  | A.オンライン |
|           | 11:00~11:45 | B.病院見学  |
| 3月 20日(土) | 13:30~14:15 | A.オンライン |
|           | 14:30~15:15 | B.病院見学  |

## 《内 容》

1. 病院概要説明
2. 教育システム

ご希望日の日時を  
電話・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。  
【締切】オンライン説明会3日前まで  
病院見学 5日前まで

<開催方法を確認して、日時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：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。

### <申し込み・お問い合わせ先>



医療法人社団協友会

横浜なみきり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 三須 (みす)

看護部サイトは  
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<br>※開催方法に○をつけてください                   |
| 第一希望 | 月 日( ) _____ | : _____ ~ <sup>A</sup> <sup>B</sup><br>オンライン・病院見学 |
| 第二希望 | 月 日( ) _____ | : _____ ~ <sup>A</sup> <sup>B</sup><br>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                              | □徒歩 □自転車 □電車 (京急線・シーサイド) □バス □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                         |                                     |      |         |
| □当院のホームページ・□学校からの紹介 □知人からの紹介 □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 三須 (みす)

メール kango-bu@ynrh.jp