



病院見学・ オンライン説明会のご案内

～笑顔あふれる看護を感じてみませんか？～

開催日時：12月27日（月）11：00～11：45 B. 病院見学
12月28日（火）9：30～10：15 A. オンライン
11：00～11：45 B. 病院見学

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。

B.病院見学の場合

※サージカルマスクの着用をお願いします。

※交通費支給あり。（上限がありますので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2週間前からの健康状態を確認させていただいております。

<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

横浜なみきりハビリテーション病院

☎ 045-788-0031

FAX 045-370-7639

看護部 三須（みす）

Mail : kango-bu@ynrh.jp



看護部紹介動画こちら

横浜なみきりハビリテーション病院 病院見学参加申込書

☎ : 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	12月 日() : ~	病院見学・オンライン
第二希望	12月 日() : ~	病院見学・オンライン

※□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	□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】

横浜なみきり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