



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： 8月 6日(土) 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

看護部紹介動画こちら

看護部 三須(みす)

Mail: kango-bu@ynrh.jp

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	月 日() _____	: _____ ~ ^A オンライン・ ^B 病院見学
第二希望	月 日() _____	: _____ ~ ^A オンライン・ ^B 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