

病院見学・ オンライン説明会のご案内

開催日時：2023年

3月 18日(土) 9:30~10:15 A. オンライン
11:00~11:45 B. 病院見学

3月 29日(水) 10:00~10:45 A. オンライン
11:00~11:45 B. 病院見学

4月 8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

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 1週間前まで

<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

待ってます!



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