

川久保病院FAX番号 : FAX 019-635-1619

盛岡医療生協	川久保病院	見学申込書
--------	-------	-------

☞ 川久保病院 リハビリテーション科 吉田裕也 宛

■お申込代表者さま ①

お名前	
学校名	
学科	理学療法 ・ 作業療法 ・ 言語療法
連絡先	電話番号（携帯電話）：

■同行者さま

お名前（代表者以外）	学科
②	理学療法 ・ 作業療法 ・ 言語療法
③	理学療法 ・ 作業療法 ・ 言語療法
④	理学療法 ・ 作業療法 ・ 言語療法
⑤	理学療法 ・ 作業療法 ・ 言語療法

※1度の見学につき5名までの見学でお願いします。

■ご希望の見学コース（希望に○をお書きください）

希望コース	1	通常の120分の見学コース
	2	「1」に実際の治療場面を近くで見学を追加(計180分)
オプション	1年目職員との懇談の希望（30分追加） あり ・ なし	

※詳細は病院ホームページのリハビリテーション科の採用ページをご覧ください

■ご見学希望日時（調整後、連絡をさせていただきます）

希望日	第1希望	2019年	月	日
		9:00	10:00	13:30 14:00
	第2希望	2019年	月	日
		9:00	10:00	13:30 14:00
<見学内容に希望等ありましたら、お気軽にご記入ください>				

※コース2は、9:00、13:30のみ。また、オプションを希望される場合は9:00となります。