

【2026 年夏季高校生一日医療・福祉スタッフ体験参加申込書】

開催：医療生協わたり病院

ふりがな		性別	保護者氏名	
氏名		男	ご職業（任意）	
		女	緊急連絡先（※）	
学校名	高校 年 組 所属クラブ（ ）			
連絡先	〒 —			
	携帯電話（ ） メールアドレス（ ）			
保護者・親権者の方に同意は得ましたか？ （同意がない場合は参加することができません。）			は い （同意を得た場合は○を付けてください）	

（※）体験当日なにかあった際、保護者の方へ連絡する際に使用いたします。

希望する職種 参加できる日	希望職種の中から参加可能な日にちを全て選んで、□の中に✓をつけて下さい。		
	医師体験	☐ 7 月 28 日（火）	☐ 8 月 4 日（火）
	看護師体験	☐ 7 月 30 日（木）	☐ 7 月 31 日（金）
	薬剤師体験	☐ 7 月 28 日（火）	☐ 7 月 30 日（木）
	介護福祉士体験	☐ 8 月 5 日（水）	☐ 8 月 6 日（木）
	診療放射線技師・臨床検査技師体験	☐ 8 月 3 日（月）	☐ 8 月 10 日（月）
服のサイズ	S M L LL （ ） 白衣の準備をいたします。介護福祉士体験の方は、ジャージを持参してください。		

アンケート①	① 体験当日では特にどんなことをしてみたいですか？ ② 進路・受験について当日相談したいことがあれば、ご記入ください。 ③ 医療従事者に何か聞いてみたいことがあれば、職種と質問をご記入ください。
アンケート②	医療生協わたり病院が所属する福島県民医連では、奨学金制度があります。 奨学金制度説明会を体験終了後、30 分程度の実施を予定しております。 （医師体験・看護師体験のみ） ☐ 参加を希望する →保護者の方も同席を希望しますか？ ☐ 希望する ☐ 希望しない ☐ 参加を希望しない

※ご記入いただいた個人情報は「高校生一日医療・福祉スタッフ体験」の運営利用を目的としています。

申込〆切：7 月 3 日（金）	申込先：〒960-8141 福島県福島市渡利字中江町 34 医療生協わたり病院 1 日医療・福祉スタッフ体験係 TEL：024-521-2056（病院代表） FAX：024-521-1979
-----------------	---