キッズ医者かしま2018　参加のしおり

★募集人数と日時★

　２018年8月18日(土)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 募集人数 | 集合 | 開始 | 終了 |
| 午前の部 | 15名 | 8時45分 | 9時00分 | 12時30分 |
| 午後の部 | 15名 | 13時15分 | 13時30分 | 17時00分 |

★集合場所★

　かしま病院コミュニティーホール（かしま病院正面玄関前の緑色の三角屋根の建物、当日スタッフがご案内に立ちます）

★参加費★

　540円（消費税、保険料、テキスト代など込み、開始前に徴収します）

★担当スタッフ★

医師3名、看護師3名、その他コメディカル、事務職などを予定

★写真の事前送付★

　参加児童の顔写真を8月10日(金)までに、下記メールアドレスに送信ください。なお、写真は、ネームカード及び修了証書にのみ使用します。

★注意事項★

1. 社会常識やマナーを守り、他の人たちの迷惑にならないようにしてください。
2. 担当スタッフの指示には必ず従ってください。
3. 院内で写真やビデオを撮る際は、患者さんやご家族は撮影しないでください。
4. 患者さんの個人情報は、絶対に口外しないでください。
5. 上に白衣を着られる動きやすい服装で来てください。（児童のみ）
6. 長い髪は束ねるなど、清潔な身だしなみを心がけてください。（児童のみ）
7. 鉛筆、消しゴムなどの筆記用具を持参してください。（児童のみ）
8. 貴重品や携帯電話は保護者の方が保管してください。
9. 研修の様子をマスコミ各社により取材、報道される可能性があります。また、当法人広報誌、関連SNS、ブログ等に写真や記事が掲示されることがあります。ご了承の上、ご協力をお願いします。

★問い合わせ、写真送付先★

社団医療法人養生会かしま病院　地域医療連携室
TEL 0246-76-0350　FAX 0246-76-0352
E-mail　k-izawa@kashima.jp

キッズ医者かしま2018　参加申込書

　必要事項をお書きの上、FAXまたはE-mailでお送り下さい。申込みは、先着順で7月2日(月)午前9時受付開始し、開始前の到着分は無効とします。

●参加希望コース等

　いずれかに○を付けてください。「どちらでも良い」を選択された場合は、空いている方に振り分けます。

　（　）午前の部　　（　）午後の部　　（　）どちらでも良い

●キャンセル待ち

　定員に達していた場合、キャンセル待ちをされますか。

　（　）キャンセル待ちする　　（　）キャンセル待ちしない

●参加児童

|  |  |
| --- | --- |
| ： | 性別：　男　・　女 |
| 学校名： | 学年：　　　　　年生 |
| 身長：　　　　　　　cm |  |

●保護者

|  |  |
| --- | --- |
| ： | 性別：　男　・　女 |
| 児童との続柄： | TEL：（昼間に通じる連絡先） |
| 住所：〒 |
| メールアドレス： |

●通信欄（複数人で申し込むなど、連絡事項があれば記入してください）

|  |
| --- |
|  |

FAX送信先　0246-76-0352　かしま病院地域医療連携室

E-mail送信先　k-izawa@kashima.jp