

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、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

フリガナ 氏名：	性別： 男 ・ 女
学校名：	学年： 年生
身長： cm	

●保護者

フリガナ 氏名：	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