

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