

キッズ医者かしま 2023 参加のしおり

★開催日時と募集人数★

開催日時：2023年7月29日(土)

募集人数：親子10組

(保護者の方もご参加ください)

※応募多数の場合は抽選とさせていただきます。

集合	開始	終了
8時40分	9時00分	12時20分

★集合場所★

かしま病院コミュニティーホール(身体障がい者駐車場前の三角屋根の建物、当日スタッフがご案内に立ちます。)

★参加費★

550円(保険料、消費税など込み、開始前に徴収します。)

★担当スタッフ★

医師、看護師、コメディカル、事務職などを予定。

★写真の事前送付★

参加抽選に当選した方は、参加児童の顔写真を7月22日(土)までに、下記メールアドレスに送信ください。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ましょう。
- 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や飲み物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 当日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★

社団法人医療法人養生会かしま病院 地域医療連携課

TEL 0246-76-0350 FAX 0246-76-0352

写真送付先 E-mail:kashima.hospital@gmail.com

顔写真送信メールQRコード



キッズ医者かしま 2023 参加申込書

申し込み方法は2通りです。

①申込書に必要事項を記入の上 FAX で申し込み

②下記 QR コードから E-mail で申し込み

なお、応募多数の場合は抽選とさせていただきます。

申込締切：7/18（火）

7/19（水）中に登録のメールアドレス宛に抽選結果をお送りします。

●参加児童

フリガナ 氏名：	性別： 男 ・ 女
学校名：	学年： 4 ・ 5 ・ 6 年生
身長： cm	

●保護者

フリガナ 氏名：	児童との続柄：
昼間に通じる連絡先 TEL：	メールアドレス：
住所： 都・道・府・県 市・町・村	

●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）

--

【申込書送信先】

かしま病院 地域医療連携課 FAX 0246-76-0352

または

E-mail kashima.hospital@gmail.com

QR コードから簡単にメール申し込みできます。

