

キッズ医者かしま 2019 参加のしおり

★募集人数と日時★

2019年8月24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17日(土)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

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

キッズ医者かしま 2019 参加申込書

申込みは、7月1日(月)午前9時から受付開始します。必要事項をお書きの上、FAXまたはE-mailでお送り下さい。

先着順で、予定数に達した後はキャンセル待ち扱いとします。受付開始時刻前に到着したものは、無効としますのでご注意ください。

●参加希望コースに○を付けてください。

第一希望：() 午前の部 () 午後の部 () どちらでもよい

第二希望：() 午前の部 () 午後の部

●定員に達していた場合、キャンセル待ちする場合はチェックしてください。

() キャンセル待ちする

●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：	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）

--

かしま病院地域医療連携室 FAX 0246-76-0352

E-mail kashima.hospital@gmail.com