

キッズ医者かしま 2016 参加のしおり

★開催日時★

2016年7月23日(土)

午前の部 8時45分集合、9時00分開始、12時30分終了

午後の部 13時15分集合、13時30分開始、17時00分終了

★募集人数★

午前の部、午後の部ともに15人ずつ、合計30名

★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

★写真の事前送付★

参加児童の顔写真を7月18日(月)までに電子メールに添付して、下記に送信ください。写真は、ネームカード及び修了証書の作成にのみ使用します。

★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。

★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 2016 参加申込書

参加希望者は、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、7月1日(金)午前9時から受け付け開始し、先着順に定員に達し次第締め切ります。受け付け開始時刻前に到着分したものは無効とします。

●参加希望コース

どちらでも良い場合は、両方に○を付けてください。例年、午前の部が人気で早く締め切られます。

() 午前の部を希望

() 午後の部を希望

●参加児童プロフィール

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

●保護者プロフィール

フリガナ 氏名：	児童との続柄：
TEL：	携帯：
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