既卒看護師対象　就職説明会　　参加申し込み用フォーマット

|  |  |
| --- | --- |
| 【参加希望日】  **※どちらかを選んで下さい** | 第1回　平成29年7月1日（土）　　・　　第2回　平成29年7月29日（土） |
| 【氏名】 |  |
| 【氏名ふりがな】 |  |
| 【性別】 |  |
| 【生年月日】 |  |
| 【年齢】 |  |
| 【郵便番号】 |  |
| 【ご住所】  **※マンション名等もご入力下さい** |  |
| 【携帯電話番号】 |  |
| 【メールアドレス】 |  |
| 【（卒業）学校名】 |  |
| 【卒業（見込み）年】 |  |
| 【経験年数】**※既卒者のみご入力下さい** |  |
| 【当日の来院方法】  （電車・バス・航空機・車・自転車…など） |  |

**※交通費の支給・宿泊の手配はございません。　　※当日のインターンシップ体験はお受けしていません**