

# 看護師手配申込書

平成 年 月 日

看護師手配取引条件書の内容を了承の上、看護師手配を申込みます。

学校名 \_\_\_\_\_

学校長(代表者) \_\_\_\_\_

職  
印

※本書ご記入後、お手数ですが先にFAXをお願いいたします。その後、原紙はご郵送下さい。

看護師手配人数	名 (※男性でもよい場合は右記に $\searrow$ をお願いします) → <input type="checkbox"/> 男性看護師でも可		
日 程	平成 年 月 日( ) ~ 年 月 日( )		
行 先			
看護師手配地域	<input type="checkbox"/> 出発地から同行 <input type="checkbox"/> 現地(行先)のみ同行 (※手配不可な地域の場合は事前にご相談いたします)		
貴校 TEL / FAX	TEL( )	FAX( )	
貴校所在地	〒		
	最寄駅:		
学年主任	学年主任 先生 (携帯電話番号)		
保健の先生	先生		<input type="checkbox"/> 保健の先生が同行 <input type="checkbox"/> 看護師のみ同行
打ち合せ	有		月 日 : ~ 予定
	無		<input type="checkbox"/> 看護師より電話にて事前に挨拶 <input type="checkbox"/> 当日紹介
集合日時			
集合場所	(※詳しくお願いします)		
看護師への要望事項			

※こちらの行程につきましてお取扱いの旅行会社がある場合はご記入下さい。  
担当スタッフより旅行会社のご担当者様にも詳細の確認を入れさせていただきます。

**※行程表も合わせてお願いします。**

取扱 旅行 会社	会社名				支店
	担当者	●携帯番号: ●メールアドレス:			
	TEL / FAX	TEL( )	FAX( )		
	前泊有・無	宿泊場所	TEL( )		
	備考				

**株式会社アテンダントナース**  
[tour-an1@attendant-nurse.co.jp](mailto:tour-an1@attendant-nurse.co.jp)  
<http://www.attendant-nurse.co.jp>



〒604-8151 京都市中京区蛸薬師通烏丸西入ル  
 橋弁慶町 227 第12長谷ビル9階  
 TEL:075-254-7872 / FAX:075-212-7048