平成31年度　インターンシップ参加申込書

申出日:　　年　　月　　日

（フリガナ） 氏名		性別 男 ・ 女
（フリガナ） 連絡先住所		
	〒 TEL:	
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日　（満　　歳）	
E-mail アドレス		
在学学校名(学年) 又は、卒業学校名		
出身県	（　　都・道・府・県　）	
インターンシップ参加希望日	希望日に〇をつけてください （　　）５月２日（木）PM （　　）６月１日（土）PM （　　）７月６日（土）PM （　　）７月２９日（月）PM （　　）８月８日（木）PM	
備考	体験希望病棟がありましたら、記入してください。 （　　）病棟	

＊参加申し込み後、タイムスケジュールを郵送いたします。

＊開催予定日以外での希望がありましたら、随時院内見学を実施しておりますのでご連絡をお待ちしております。

芳賀赤十字病院　看護部