

インターンシップ参加申込書

申出日:令和 年 月 日

(フリガナ)			性別
氏名			男・女
(フリガナ)			
連絡先住所	〒		
	TEL:		
E-mail アドレス			
在学学校名(学年)			
又は、卒業学校名	(年生)		
出身県	(都・道・府・県)		
インターンシップ 参加希望	希望日に○をつけてください。 () 3月 18日 (土) 13:00～16:30 () 5月 6日 (土) 13:00～16:30 () 6月 3日 (土) 13:00～16:30 () 7月 27日 (木) 13:00～16:30		
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