

# 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) 氏名			性別
			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 <input type="checkbox"/> 3月 16日 (土) 13:00~16:30 <input type="checkbox"/> 5月 18日 (土) 13:00~16:30 <input type="checkbox"/> 6月 1日 (土) 13:00~16:30 <input type="checkbox"/> 7月 26日 (金) 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