

「インターンシップ」申込書

氏名	ふりがな			
生年月日	西暦	年	月	日生(満歳)
現住所	ふりがな 〒			
	電話			
	携帯電話			
緊急連絡先	ふりがな 〒		電話	
	方			
看護学校名	(第 学年在籍/ 年卒業予定) <small>※卒年は西暦でご記入下さい。</small>			
看護学校所在地 (都道府県名)				

※地方より申し込まれる方は、研修期間中の連絡先(滞在先)を記入してください。

住所	〒		電話
氏名(滞在名)			

希望研修病院	<input type="checkbox"/> 大学病院 <input type="checkbox"/> 藤が丘病院 <input type="checkbox"/> 横浜市北部病院 <input type="checkbox"/> 江東豊洲病院		
希望研修日	月 日 ()		
研修希望部署	第1希望	第2希望	第3希望
その他 希望事項等			

※電話でお申し込みの方は、2~3日以内に「インターンシップ申込書」を各病院の看護部宛に郵送してください。
 ※希望者多数の時、希望の研修部署で研修できない場合があります。ご了承ください。