

インターンシップ申込書

氏名	ふりがな		
	男 ・ 女		
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生(歳)		
書類送付先住所	ふりがな		
	〒		
	電話		
	携帯電話		
緊急連絡先	ふりがな	方	電話
	〒		
看護学校名		現学年	年生
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)			

※2日間の参加を希望される場合、連続した日付でなくても構いません。

希望研修日	月 日()、 月 日()	日数	1 ・ 2 日
研修希望部署	第1希望	第2希望	
その他 希望事項、質問等			

※「申込書」「誓約書」の2点を看護部長室宛に郵送してください。

※希望者多数の際には、研修希望部署で研修できない場合があります。ご了承ください。