

FAX 0996-20-5848

平成29年度 川内市医師会立市民病院 インターンシップ申込書

申込月日 月 日

ふりがな 氏 名	生年月日		年齢		性別 男・女	
看護学校名					学年 年	
連絡先	本人住所	携帯電話				
	〒					
連絡先	家族住所	☎電話				
	〒					
希望日	* 希望日のどちらかに○をお付け下さい。					
	[] H29年5月13日(土)	[] H29年6月10日(土)				
	[] H29年8月16日(水)	[] H29年8月23日(水)				
駐車場の利用	(有 ・ 無)					
✳希望する病棟 【 】内に希望順位を ご記入下さい	3階東病棟 神経内科 整形外科 【 】	包括ケア病棟 【 】	4階東病棟 循環器内科 呼吸器内科 放射線科 【 】	4階西病棟 脳神経外科 外科 【 】	回復リハビリ 病棟 【 】	
インターンシップに 参加したいと 思った理由						
ご要望などありまし たら、お書き下さい						

・申込書の個人情報はインターンシップ以外の目的に使用することはありません。

