

F A X 0996-20-5848

平成30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	歳	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。				
	(     ) 平成30年6月9日(土) (     ) 平成30年6月23日(土) (     ) 平成30年8月15日(水) (     ) 平成30年8月22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 整形外科 神経内科	4階東病棟 循環器内科 呼吸器内科	4階西病棟 外科 脳神経外科	包括ケア病棟	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。

