2019年度　インターンシップ　参加申込書

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　  |
| フリガナ | 　 | 年齢 | 性別 |
| 氏名 | 　 | 　歳 | 男　 ・　女 |
| 現住所 | 〒 |
| 連絡先 | 電話 |
| 携帯 |
| PCメール |
| 学校名学年 | 　　 |
| 月日 | 第１希望 | 2020年　　　 月　　　　 日  |
| 第２希望 | 2020年　　　 月　　　　　日  |
| 希望部署 | 見学体験、希望の部署を記入してください　(複数記入可）　①　内科系病棟②　外科系病棟③　産科病棟第１希望　　　　　　　　　　　　　　　　第2希望　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 問い合わせ・申込先 | 教育担当看護師長　宮下真理子（ミヤシタマリコ）住所　〒300-8585茨城県土浦市下高津2-7-14電話 029-822-5050 　　内線3101FAX 029-824-0494E-mail 201-recruit@mail.hosp.go.jp |
| その他 | 特に体験してみたい具体的な内容があればご記入ください |

申し込み方法：　FAX、E-mail、電話のどちらかで、前日までにお願いします。