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3101  FAX 029-824-0494  E-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。