

インターンシップ参加申込み用紙

平成 年 月 日

ふりがな		性別	男性・女性
氏名			
ふりがな			
現住所	〒 ー 都道 市町 府県 村区		
連絡先	自宅（※当院から連絡を差し上げる場合があります。確実に連絡できる場所をお願いします）		
	携帯		
学校	学校名：		
	学年： 年		

他県よりお申し込みの方は、研修期間中の連絡先を記入して下さい。

ふりがな			
住所	〒 ー 都道 市町 府県 村区		
連絡先			

体験希望日	第1希望 月 日 ～ 月 日（ 日間） 第2希望 月 日 ～ 月 日（ 日間）
体験希望病棟	急性期外科病棟・急性期内科病棟・循環器内科病棟・産科小児科病棟 地域包括ケア病棟・外来部門（人工透析室・手術室）
インターンシップに応募した動機や要望事項など	

＜担当＞ 〒033-0022 青森県三沢市大字三沢字堀口 164-65

三沢市立三沢病院 看護局 教育担当 松館百合子

TEL 0176-53-2161(内線 2040) FAX 0176-52-6023