

インターンシップ参加申込み用紙

令和 年 月 日

ふりがな		性別	男性 ・ 女性
氏名			
現住所	〒 ー		
連絡先	メールアドレス		
	携 帯 緊急時の連絡です。通常はメール対応としています。		
在 籍	在籍校（在籍病院）：		
	学 年： 年		

体験希望日	第1希望	月	日	1日コース ・ 半日コース
	第2希望	月	日	1日コース ・ 半日コース
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）			

<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 小笠原 満子
 TEL0176-53-2161 (PHS7771) FAX0176-52-6023