

2022年度 那須南病院 インターンシップ申込書

申し込み月日 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 〒 携帯番号 mail-adress 家族住所 〒 電話番号 (日中連絡がつく番号(携帯番号可))			
実施日	(全日木曜日になります) 外科系体験日 8月 4日 25日 9月 8日 22日 2月 2日 16日 3月 2日 16日			第1希望日をお書きください
	(全日木曜日になります) 内科系体験日 8月 18日 9月 1日 15日 29日 2月 9日 3月 9日 23日			第2希望日をお書きください
インターンシップに参加したいと思った理由				
ご要望等ありましたらお書きください				