

病 院 見 学 会 ・ イ ン タ ー ン シ ッ プ 申 込 用 紙

ご希望の項目、ご希望の開催日を選択し○をつけてください。

病院見学につきましては、開催予定日以外をご希望の方は、希望日をご記入ください。

プルダウンで選択							
病院見学のみの希望される方		第 1 回	令和 7 年 8 月 6 日 (水)				
		第 2 回	令和 7 年 8 月 1 3 日 (水)				
		第 3 回	令和 7 年 8 月 2 0 日 (水)				
		第 4 回	令和 7 年 8 月 2 7 日 (水)				
		その他	第1希望	月	日	第2希望	月
インターンシップ (病院見学会含)		第 1 回	令和 7 年 8 月 6 日 (水)	希望 病棟			
		第 2 回	令和 7 年 8 月 1 3 日 (木)	希望 病棟			
		第 3 回	令和 7 年 8 月 2 0 日 (水)	希望 病棟			
		第 4 回	令和 7 年 8 月 2 7 日 (水)	希望 病棟			
		その他	第1希望	月	日	第2希望	月

※希望病棟はプルダウンで選択してください

下記の内容をご記入ください。

ふ り が な			性 別	
氏 名			男	女
学 校 名				
	学 年 () 年			
連 絡 先 ※印の項目は 必ず記入	※電話番号 (必須)			
	電話可能な時間帯 ~ 時以降			
	※メールアドレス (必須)			
	本人住所 〒 -			
備 考 欄	その他、ご希望・ご要望などありましたら、お書きください。			

必要事項をご記入の上、メールに添付し、以下のアドレスに送信してください。

E-MAIL : 619-kango@mail.hosp.go.jp (副看護部長 小林 典子)