

インターンシップ申込書

フリガナ	
参加者氏名	(男 ・ 女)
連絡先	住所 〒 自宅電話 () - 携帯電話 ()
学校名・学年	
参加希望日	() 2月10日(土) () 2月24日(土) () 3月10日(土) () 3月24日(土) () 4月7日(土) () 4月21日(土) () 8月6日(月) ※カッコ内に○印を付けてください。 ※体験時間は9:00~12:00です。
体験部署	() 4階南病棟・・・回復期リハビリ病棟 () 5階北病棟・・・整形外科・脳神経外科・耳鼻咽喉科・眼科・皮膚科 () 5階南病棟・・・消化器内科・外科・婦人科 () 6階北病棟・・・腎臓内科・小児科 () 6階南病棟・・・循環器内科 () 特に無し ※カッコ内に○印を付けてください。
要望・連絡	要望や連絡等ありましたらご記入ください。

※個人情報の取り扱いには十分に留意いたします。

※申し込みの締め切りは設けておりませんが、できるだけ早く FAX してください。