

# 柏崎総合医療センター 看護学生インターンシップ 申込書

柏崎総合医療センターインターンシップに参加ご希望の方は、本申込書を記載してメール、ファックス 又は郵送してください

FAX 0257-22-0834

平成 年 月 日

フリガナ			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
氏名					
生年月日	平成	年	月	日	歳
住所	〒				
電話番号	携帯		自宅		
所属看護師 養成期間	名称				
	学年				
参加希望月日	第1希望 平成 年 月 日			<input type="checkbox"/> 1日コース	
	第2希望 平成 年 月 日				
希望の病棟	<input type="checkbox"/> 内科系 <input type="checkbox"/> 外科系 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 特に希望病棟なし				
	<input type="checkbox"/> 複数病棟希望（2日の場合）				
インターンシップの 志望動機					
その他、実習中の 要望等あれば 記入してください					