

# 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、  
本申込書を記載のうえ、希望日の1週間前までにメール、ファックス 又は郵送をしてください。

**FAX 0257 - 22 - 0834**

令和 年 月 日

フリガナ			□男 □女
氏名			
生年月日	平成 年 月 日		歳
住所	〒		
電話番号	携帯	自宅	
現在所属している 看護職の養成機関 名称および学年	名称		
	学年 年		
参加希望月日	第1希望 令和 3年 月 日		
	第2希望 令和 3年 月 日		
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			

お申込みありがとうございました