

申 込 書

インターンシップ・潜在看護師研修 (希望するものに○を付けて下さい)				
体験希望日	平成	年	月	日 ()
	平成	年	月	日 ()
	平成	年	月	日 ()
(ふりがな) 氏 名			年 齡	性別 男・女
在校生は 学 校 名				
住 所	〒			
電 話			携帯電話	
メールアドレス	@			
見学等希望する部署・病棟	第一希望		第二希望	
その他希望等があれば 記入して下さい。				

大津赤十字病院 看護部

FAX 077-525-8018