H30 年度　インターンシップ　参加申込書

フリガナ		年齢	性別
氏名		歳	男　・　女
現住所	〒		
連絡先	電話		
	携帯		
	PC メール		
学校名 学年			
月日	第1希望	平成 30 年　　月　　日	
	第2希望	平成 30 年　　月　　日	
希望部署	見学体験、希望の部署を記入してください（複数記入可） ① 内科系病棟 ② 外科系病棟 ③ 産科病棟 第1希望　　第 2 希望		
問い合わせ・申込先	副看護部長　藤咲 美輝(フジサク ミキ) 住所 〒300-8585 茨城県土浦市下高津 2-7-14 電話 029-822-5050　　内線3083 FAX 029-824-0494 E-mail　fukukan@kasumi-hosp.jp		
その他	特に体験してみたい具体的な内容があればご記入ください		

申し込み方法：FAX、E-mail のどちらかで、1週間前までにお願いします。