

送付先

岡谷市病院事業 看護部 行

( Fax : 0266-23-0818 )

平成29年度 看護学生インターンシップ 申込書

平成29年 月 日

ふりがな		
氏 名		
自宅住所	〒 -	
電話番号	自 宅 :            -            -	
	携 帯 :            -            -	
E-mail	@	
学 校 名 学 年		
研修希望日 (第1第2 希望日を記入)	• 第1希望日    月    日 ( ) • 第2希望日    月    日 ( ) ※右の4日間から希望日を記入	• 8月1日 (火) • 8月2日 (水) • 8月3日 (木) • 8月4日 (金)
研修に対する 希望		

※申込〆切    7月21日 (金) まで