

送付先

岡谷市病院事業 看護部 行

( Fax : 0266-23-0818 )

平成28年度 看護学生インターンシップ 申込書

平成28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<br>学 年              |  |  |
| 研修希望日<br>(第1第2<br>希望日を記入) | • 第1希望日    月    日 ( )<br>• 第2希望日    月    日 ( )<br>※右の4日間から希望日を記入 | • 8月23日(火)<br>• 8月24日(水)<br>• 8月25日(木)<br>• 8月26日(金) |
| 研修に対する<br>希望              |  |  |

※申込〆切 8月22日(月)まで